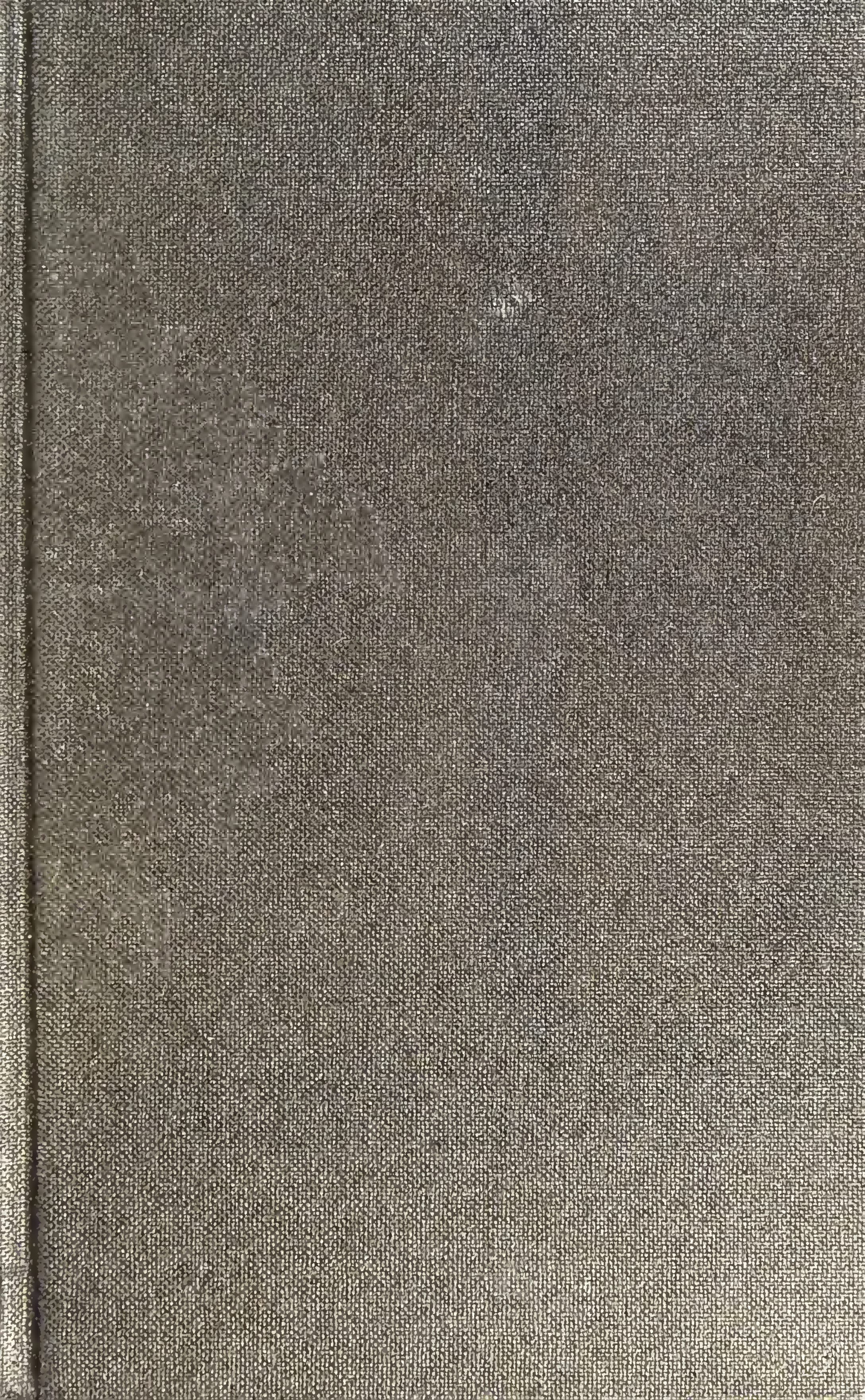
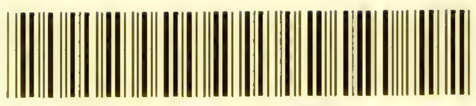






ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE

DES

AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE

SOUS LA DIRECTION DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT

1

Ce volume est une publication de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire; F. Lafargue, ancien élève de l'École Polytechnique, Secrétaire général, 46, rue Jouffroy (boulevard Malesherbes), Paris.

N° 10 A.

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE DES AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT.

GYNÉCOLOGIE

SÉMÉIOLOGIE GÉNITALE

PAR

A. AUVARD

Accoucheur des Hopitaux

PARIS

GAUTHIER-VILLARS ET FILS,
IMPRIMEURS-ÉDITEURS
Quai des Grands-Augustins, 55

G. MASSON, ÉDITEUR,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, 120

INTRODUCTION

—

Prendre chaque symptôme que peut produire une maladie génitale, l'analyser, l'interpréter aux points de vue diagnostique et pronostique, tel est le but que je me propose ici.

Ce mode de procéder dans l'étude de la maladie s'appelle séméiologie : on va de la manifestation à la cause ; il diffère de la pathologie proprement dite où l'on décrit d'abord ce qu'est la maladie pour en analyser ensuite les symptômes.

Symptôme et *signe* ne sont pas tout à fait synonymes : le symptôme est simplement toute manifestation d'une maladie ; le *signe* est un symptôme interprété, rattaché à la cause dont il est supposé dépendre.

J'étudierai d'abord le *symptôme*, détaché de toute préoccupation étiologique ; j'essaierai ensuite de le rattacher à la cause dont il provient pour l'élever au rang de *signe*.

Les différents *symptômes* qu'on peut observer dans les maladies génitales de la femme sont les suivants :

I. TROUBLES EXTRA-GÉNITAUX :

II. TROUBLES GÉNITAUX :

Interrogatoire.

Troubles douloureux :


ASSOCIATION

CHAPITRE PREMIER

—

TROUBLES EXTRA-GÉNITAUX

SOMMAIRE

—

TROUBLES EXTRA-GÉNITAUX

1. Système nerveux. — Le système nerveux est, en général, un des premiers à subir le contre-coup des modifications de l'appareil génital, soit puerpérales, soit pathologiques.

Cette influence n'a d'ailleurs rien qui doive étonner, quand on songe à l'importance des organes génitaux chez la femme qui, suivant l'expression de Michelet, est une « matrice servie par des organes. »

Grande impressionnabilité du système nerveux qui fait le charme de la femme en même temps que sa richesse maladive ; fréquence des modifications génitales, ayant une réaction très marquée sur l'organisation nerveuse : telles sont les

deux raisons qui nous expliquent l'abondance chez elle des troubles névropathiques.

Ces troubles ont été rangés, étudiés et classés sous un titre pathologique commun : *l'hystérie*. L'hystérie à laquelle est venue se joindre la *neurasthénie* est, en quelque sorte, le *pot-pourri* des troubles nerveux n'appartenant à aucune maladie connue et classée ; ces troubles nerveux sont d'une excessive fréquence chez la femme et dépendent le plus souvent, quoique non exclusivement, du système génital.

En disant que la plupart des femmes sont hystériques à des degrés divers, et que le plus grand nombre puise dans son système génital l'origine de cette maladie, on exprime une vérité que l'analyse médicale et morale tend à confirmer de plus en plus.

Les modifications du système nerveux dont je me contenterai de présenter ici une courte ébauche, renvoyant aux monographies sur l'hystérie ceux qui voudraient approfondir la question en détails, se divisent en trois catégories :

modifications de la volonté
// de la sensibilité
// de la motilité.

A. **Volonté.** — Quand, sans raison appréeiable et connue, on assiste au changement de caractère d'une femme, il faut soupçonner une eause génitale, qui peut être une maladie quelconque de ce système ou un début de grossesse. Ces modifieations sont plus nettes et accentuées avec la grossesse qu'avec une génitopathie ; elles sont devenues de connaissance vulgaire sous le nom d'*envies*.

En voici un exemple : [1] « En 1753, une femme, mère de plusieurs enfants qu'elle avait portés sans aucune incommodité, et qui se moquait des autres pour peu qu'elle les vît attaquées de quelques antipathies ou de quelques désirs, eut envie elle-même, un soir, de manger des artichauts qu'elle entendit crier dans la rue, étant pour lors grosse de quatre mois. Comme c'était dans une saison où ils étaient fort ehers, ne voulant point y mettre le prix, elle traita son envie de folie et fut se coucher sans satisfaire son appétit ; mais il ne lui fut pas possible de s'endormir ; au contraire, elle devint de plus en plus inquiète, son appétit augmenta, son estomac lui-même la sollieitait ; enfin, elle ne pouvait penser à autre chose

(1) MULLER. — *Obs. sur les accouchements*, T. II, p. 144.

qu'au plaisir de manger des artichauts, qui pour lors lui avaient tourné l'imagination. Vers le point du jour, elle sentit dans ses intestins de fortes contractions spasmodiques, et je fus appelé assez à temps pour recevoir le fœtus qu'elle portait. »

Ces modifications de la volonté et du caractère peuvent prendre les formes les plus diverses et les plus inattendues, aller parfois jusqu'à une véritable folie, soit pendant la puerpéralité (folie puerpérale), soit même en dehors d'elle.

Il ne faut jamais oublier, en pareil cas, le système génital qui peut être le point de départ de tout ou partie des symptômes observés.

B. **Sensibilité.** — Ces troubles se manifestent soit par une augmentation de la sensibilité générale, la femme devenant beaucoup plus impressionnable et transformée en véritable sensitive, soit par des névralgies diverses.

Je ne parlerai pas ici des névralgies abdominales, ni de celles des membres pelviens qui seront étudiées à propos des troubles génitaux directs, mais de celles plus éloignées qui occupent la partie supérieure du corps.

Gastralgies, névralgies intestinales, palpitations, névralgies faciales, céphalalgies, migraines, en constituent les formes les plus fréquentes.

Leur pathogénie est difficile à expliquer, mais la relation clinique avec la génitopathie ne saurait être niée, car souvent on a observé que *sublatâ causâ, tollitur effectus* : rendez le système génital à son état normal, et la manifestation lointaine de la douleur disparaît.

C. **Motilité**. — Paralysies, spasmes, convulsions, contractures ont paru, en certains cas, d'origine génitale.

En dehors des hémiplégies, paraplégies et paralysies partielles qu'on a pu observer pendant la puerpéralité, soit sous l'influence de la grossesse même, soit sous celle des accidents septicémiques du postpartum, on a, en dehors de la puerpéralité, noté quelques faits de paralysies analogues qui semblaient dépendre d'un état pathologique des organes génitaux [1]. Bien que ces paralysies, d'origine réflexe, aient été niées par Aran, leur existence paraît réelle pour un certain nombre de cas, très rares il est vrai.

Quoi qu'il en soit, en présence d'une paralysie

---

[1] ESNAULT. — *Des paralysies symptomatiques de la métrite et du phlegmon périutérin.* Thèse, Paris 1857. VALLIN. — *Des paralysies sympathiques des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Thèse, Paris, 1858

dont la cause reste introuvable, il ne faudra pas omettre l'examen attentif du système génital, et si ce système présente un état pathologique quelconque, le thérapeute devra y porter remède, avec l'espoir de voir disparaître les troubles moteurs constatés.

Quant aux spasmes, convulsions, contractures, leur variété est grande ; on les trouvera décrits avec l'hystérie. Ce sont autant de manifestations hystériques susceptibles de provenir d'un état pathologique du système génital, et qui, en pareil cas, prennent fin avec la guérison même de la génitopathie.

En résumé, les troubles nerveux, qu'ils dépendent de la volonté, de la sensibilité ou de la motilité, sont susceptibles de provenir d'une modification puerpérale ou pathologique des organes génitaux ; la possibilité de cette origine doit toujours être présente à l'esprit du clinicien, au point de vue du diagnostic et du traitement.

2. Système Digestif. — A côté du système nerveux, il n'y en a pas d'autre qui subisse autant le contre-coup des maladies de l'organisme et en particulier des organes génitaux, que le

système digestif : aussitôt qu'un organe de la génération est malade la digestion s'en ressent.

L'ensemble de ces troubles a été groupé sous la dénomination de *dyspepsie*. La dyspepsie est, en quelque sorte, au système digestif, ce que l'hystérie est au système nerveux ; elle est synonyme de détraquement digestif, de même que l'hystérie répond au détraquement nerveux : l'une et l'autre englobant des troubles fonctionnels qui ne dépendent d'aucune maladie nettement déterminée.

Les troubles du système digestif comprennent les modifications :

de l'appétit,
de la digestion stomacale : douleurs, vomissements,
de la digestion intestinale : douleurs, diarrhée, constipation,
de la défécation,
des matières fécales.

A. **Appétit.** — La diminution de l'appétit, susceptible d'aller jusqu'à l'anorexie, peut dépendre d'une grossesse ou d'une génitopathie.

La perversion ou l'augmentation de l'appétit ne s'observe pas avec les maladies du système génital, mais seulement avec l'état de gravidité.

B. **Digestion stomacale.** — 1° *Douleurs.* — Les douleurs stomacales d'origine génitale sont fréquentes. Elles diffèrent suivant qu'elles dépendent de la grossesse ou d'une simple génitopathie.

Sous l'influence de la *grossesse*, les femmes éprouvent souvent, au moment de l'ingestion des aliments, une sensation de brûlure stomacale se propageant tout le long de l'œsophage jusqu'au pharynx (pyrosis). Malgré la plupart des traitements, cette sensation pénible persiste jusqu'au moment de l'accouchement pour disparaître comme par enchantement, de suite après la délivrance.

Les *maladies génitales* se traduisent d'abord par des digestions lentes, pénibles, avec malaise et sensibilité épigastriques : le ventre se ballonne et nécessite le relâchement des vêtements ; éructations fréquentes. A un degré plus avancé, les digestions deviennent réellement douloureuses, à tel point que les malades, redoutant l'alimentation, se bornent à l'ingestion d'aliments légers ou liquides.

2° *Vomissements.* — Les vomissements sont un symptôme banal de l'*état gravide* et certaines femmes savent reconnaître le début d'une grossesse à cette intolérance de l'estomac qu'elles ont

déjà éprouvée à des grossesses antérieures. Ces vomissements se produisent quelquefois dès le début de la grossesse et accompagnent les premières modifications de l'utérus. Il est d'ailleurs des femmes chez lesquelles tout excès, ou même le simple usage du coït, amène pendant douze à vingt-quatre heures un état nauséeux assez accentué. Il semble donc que les vomissements soient dus, dans l'un ou l'autre cas, à un état congestif de l'utérus agissant par voie réflexe sur l'estomac.

Quoi qu'il en soit, toutes les fois que chez une femme bien portante, sans état fébrile et sans cause appréciable, on voit des vomissements ou des nausées se reproduire pendant plusieurs jours consécutifs, l'idée d'une grossesse possible doit venir à l'esprit.

Les vomissements sonnent le tocsin de la conception.

Sous l'influence de la grossesse, les vomissements peuvent prendre un caractère de gravité spécial, mettant en danger la vie de la femme et nécessitant parfois l'avortement ou l'accouchement provoqué, ce sont les vomissements graves ou incoercibles.

Un grand nombre de complications de la grossesse, fébriles et afébriles, sont susceptibles

de produire des vomissements. L'étude attentive des symptômes concomitants permettra d'arriver au diagnostic de l'affection causale.

En l'*absence de puerpéralité*, ou pendant le *postpartum*, alors que l'utérus est débarrassé de son contenu, on voit souvent les vomissements dans deux circonstances principales : soit quand la fièvre acquiert un certain degré d'intensité ; soit quand le péritoine est envahi par un processus pathologique le plus souvent de nature inflammatoire. Ces deux conditions se trouvent d'ailleurs souvent réunies, et constituent la pelvi-péritonite fébrile.

Toutes les fois que dans le cours d'une affection génitale on voit survenir des vomissements fréquents et tenaces, accompagnés de fièvre, il faut penser à l'existence d'une pelvi-péritonite.

C. **Digestion intestinale.** — 1° *Douleurs.* — Les douleurs intestinales dans leurs rapports avec les génitopathies se montrent sous trois formes principales :

coliques.
douleurs spontanées.
douleurs à la pression.

Les *coliques intestinales* sont rarement liées à

l'état puerpéral et pathologique des organes génitaux; elles ne surviennent qu'indirectement, à la suite de la constipation prolongée et opiniâtre qui en dépend. Ces coliques amènent des débâcles intermittentes et sont un peu comme les crises de larmes qui détendent, de temps en temps, le système nerveux des névropathes.

Les *douleurs spontanées* se manifestent par un endolorissement de tout le ventre, le plus souvent accompagné de tympanisme, sorte de névralgie intestinale généralisée qui plonge tout l'abdomen dans l'hypéresthésie. Cette hypéresthésie accompagne le plus souvent l'état pathologique que Glénard a décrit sous le nom d'entéroptose, et qui dépend moins de l'affection génitale souvent coexistante, que de la laxité des parois abdominales produite par les accouchements antérieurs ; de telle sorte que la femme souffre simultanément, et de ses organes génitaux malades, et de son intestin dont la laxité abdominale ne permet plus le fonctionnement normal.

La *douleur à la pression* est fréquente, chez la femme, sur le trajet du gros intestin ; on la suit sur le cœcum, les colons ascendant, transverse et descendant, enfin sur l'S iliaque. Comme la douleur spontanée, elle accompagne la dys-

pepsie intestinale décrite sous le nom d'entéroptose, de telle sorte qu'en palpant le gros intestin on trouve le gargouillement du cœcum malgré la constipation, et la corde formée par le reste du gros intestin. Ces différents signes indiquent une inflammation chronique du gros intestin, et dépendent moins de la maladie utérine, ainsi que nous le disions tout à l'heure, que du délabrement de la statique abdominale amené par la laxité des parois.

En résumé, les douleurs intestinales sont rarement symptomatiques d'un état pathologique du système génital, mais elles l'accompagnent souvent comme simple coïncidence, et ont pour cause immédiate ou lointaine, la puerpéralité. Dans la thérapeutique génitale, cet état pathologique de l'intestin réclame une attention toute spéciale, car, la génitopathie guérie, on voit souvent les femmes continuer à souffrir de leur intestin, et la guérison ne sera complète que lorsqu'on aura dirigé de ce côté une thérapeutique appropriée.

2° *Diarrhée et constipation.* — La constipation est habituelle chez la femme de la ville et dépend probablement du manque d'exercice et du régime animal exagéré. Chez la campagnarde, dont les muscles sont constamment en

action et qui mange plus de végétaux, les selles sont normales.

La constipation est exagérée par la grossesse et par la plupart des génitopathies. La pathogénie semble se faire par une double voie : l'utérus gravide ou malade absorbe toute l'activité nerveuse de l'abdomen, de telle sorte que l'intestin est atteint de parésie réflexe; quand la femme est enceinte ou génitalement malade, son activité devient moindre et le défaut d'exercice entraîne la constipation qui arrive à son comble si la femme est obligée de garder complètement le lit.

L'habitude des gestantes et des génitopathes est donc la constipation ; il y a cependant des exceptions. Certaines femmes sont sujettes, pendant leur grossesse, à une diarrhée plus ou moins prolongée et que n'explique aucune cause autre que l'état de l'utérus. Les règles amènent parfois la diarrhée, tantôt à leur début, tantôt pendant toute leur durée, de telle sorte que le flux génital provoque sympathiquement le flux intestinal.

Inutile d'insister plus longuement sur ces variations de l'activité intestinale, car leur valeur séméiologique est faible et le clinicien ne saurait en tirer que des signes d'une valeur

toute relative pour le diagnostic ou le pronostic des génitopathies.

D. **Défécation.** — L'acte de la défécation est rendu pénible par l'existence de la grossesse et des génitopathies d'une part, par l'exagération habituelle de la constipation d'autre part ; grâce à la présence dans le petit bassin soit de la partie fœtale engagée et formant en quelque sorte bouchon, soit de l'organe malade ou d'une production pathologique, quand il s'agit d'une génitopathie.

Dans ce dernier cas, les efforts, auxquels la femme est obligée de se livrer, retentissent douloureusement sur la zône pathologique, et la défécation peut devenir une véritable torture.

Toutes les fois que la défécation est douloureuse, il faut en chercher la cause soit dans l'état du rectum et de l'anus, soit dans celui des organes génitaux.

Le *ténesme anal*, c'est-à-dire le besoin fréquent d'aller à la garde-robe, résulte le plus ordinairement d'un état pathologique de la fin du rectum ou de l'anus ; cependant, il peut être amené par une tumeur génitale venant exercer une compression sur la terminaison du tube digestif. La partie fœtale, en distendant le vagin

au moment de l'accouchement, et par son intermédiaire l'anus et tout le périnée, est une cause de ténesme parfois très pénible pour la femme. L'accoucheur, pour tranquilliser la parturiente, ne devra pas manquer de la prévenir, à l'avance, de l'apparition de ce symptôme pénible qui précède de peu de temps la naissance de l'enfant.

E. **Matières fécales.** — Je n'aborderai pas ici l'étude complète des signes fournis par les matières fécales, ce qui serait faire la séméiologie de l'intestin normal et pathologique ; il me suffira, au point de vue gynécologique, de signaler : la forme spéciale, rubanée que peuvent prendre les fèces quand il existe un rétrécissement recto-anal ou une tumeur de voisinage ; la présence du pus dans les garde-robes, quand une collection purulente du petit bassin s'est ouverte dans la terminaison du tube digestif.

Les matières fécales devront donc attirer l'attention du gynécologue quand, au moment de leur expulsion, elles n'ont pas leur forme normale, ou quand elles sont accompagnées de pus.

L'écoulement des matières fécales par les voies génitales indique la présence d'une fistule qu'on saura reconnaître par l'exploration directe.

3. Système respiratoire. — Le système respiratoire est peu modifié dans son fonctionnement par la puerpéralité et les génitopathies.

La respiration devient simplement gênée quand l'utérus gravide ou une tumeur abdominale, par son volume, refoule le diaphragme et les fausses côtes.

Le seul symptôme intéressant, que les affections génitales puissent développer dans la sphère respiratoire, est une *toux* dénommée *utérine* à cause de son origine.

Les conclusions suivantes de la thèse de Müller [1] nous initieront à ce symptôme assez rare et singulier :

« La toux peut avoir son point de départ dans l'utérus, au même titre que dans la plupart des viscères de l'économie. »

« Les excitations physiologiques de l'utérus peuvent donner naissance à la toux, mais elle survient surtout à la suite de lésions pathologiques. »

« Comprise dans le groupe des troubles sympathiques réflexes de divers états utérins, elle en est peut-être un des moins fréquents. Par cela

---

[1] Muller. — *De la toux utérine.* Thèse, Paris, 1887.

même son étude acquiert une certaine importance et permet de ne point la méconnaître. »

« Sa pathogénie et sa nature sont obscures. Comme elle survient souvent chez des femmes qui n'ont jamais présenté d'accidents hystériques, il est difficile d'en faire uniquement une manifestation de la grande névrose. Sa symptomalologie diffère d'ailleurs de celle de la toux hystérique décrite par Sydenham et Lasègue. »

« Sa cause essentielle est l'état utérin. Mais les accès peuvent survenir sous des influences occasionnelles variées, dont la répétition met souvent sur la voie du diagnostic. »

« Les caractères sont variables. Le plus souvent elle se présente sous forme d'accès de toux brève, sèche, quinteuse, essentiellement superficielle. Sa durée est subordonnée à la persistance de la cause et ne rétrocède pas d'un moment à l'autre, comme la toux hystérique. »

« Le diagnostic en est presque impossible, si elle constitue le seul signe perçu par le médecin, et c'est dans ce cas qu'il est important de la différencier avec la tuberculose au début. Associée à d'autres symptômes réflexes utérins, elle perd toute valeur à ce point de vue. Le point essentiel du diagnostic est d'être prévenu de la possibilité de cette toux, pour ne pas oublier de re-

chercher les lésions utérines, si la toux n'est pas justifiée par une autre affection, ou est mal justifiée. »

« Son pronostic est rarement grave ; les accès en sont trop peu intenses pour entraîner des complications. Par contre, par sa fréquence et sa ténacité, elle peut puissamment contribuer à épuiser la malade, et elle devient alors une indication puissante d'une thérapeutique active. »

« Son traitement particulier est banal. Elle cède rarement aux moyens qui lui sont opposés directement, et ne disparaît qu'en même temps que la cause qui lui a donné naissance. »

4. Système circulatoire. — Le système circulatoire est influencé d'une façon absolument différente par la grossesse et les maladies génitales.

Pendant la *grossesse*, la circulation sanguine est notablement gênée ; les veines périphériques se dilatent, se transforment en varices, un certain degré d'œdème est le signe habituel de cette gêne circulatoire. A moins de cardiopathie, aucun symptôme n'attire spécialement l'attention du côté du cœur qui cependant se dilate et s'hypertrophie jusqu'au moment de l'accouchement.

Il en est tout autrement avec une *maladie génitale*, en dehors de la puerpéralité. La circulation périphérique s'accomplit normalement, à moins qu'il ne s'agisse d'une volumineuse tumeur abdominale ; mais, la patiente se plaint fréquemment de palpitations qui, comme nature et pathogénie, sont analogues aux névralgies dont il a déjà été question à propos du système nerveux.

Quand une femme vient demander un conseil médical pour des palpitations que n'expliquent ni l'examen du cœur, ni l'exploration attentive des organes voisins, il ne faut pas oublier de vérifier l'état génital, car c'est souvent dans une lésion d'apparence bénigne de ce système qu'on trouvera, à l'étonnement de la patiente qui était loin de se douter de cette cause, la source des troubles cardiaques. L'épreuve thérapeutique confirmera le plus souvent les prévisions médicales, quelquefois les infirmera et obligera le médecin à chercher une autre cause des palpitations.

5. Seins. — Les seins constituent une annexe lointaine du système génital ; aussi, tous les événements qui atteignent ce système retentissent-ils sur la glande mammaire et réciproquement.

Cette sympathie est surtout manifeste pendant la puerpéralité.

La *grossesse* congestionne et hypertrophie la mamelle, développe son réseau veineux sous-



Fig. 1. — Mamelle à l'état normal, en dehors de la puerpéralité,

cutané, pigmente son auréole, et accentue la saillie des tubercules de Montgommery. Ces diverses modifications sont souvent difficiles à bien apprécier, parce qu'on manque de termes de comparaison ; il faudrait, pour juger

nettement, avoir en même temps sous les yeux le sein avant et après la grossesse.

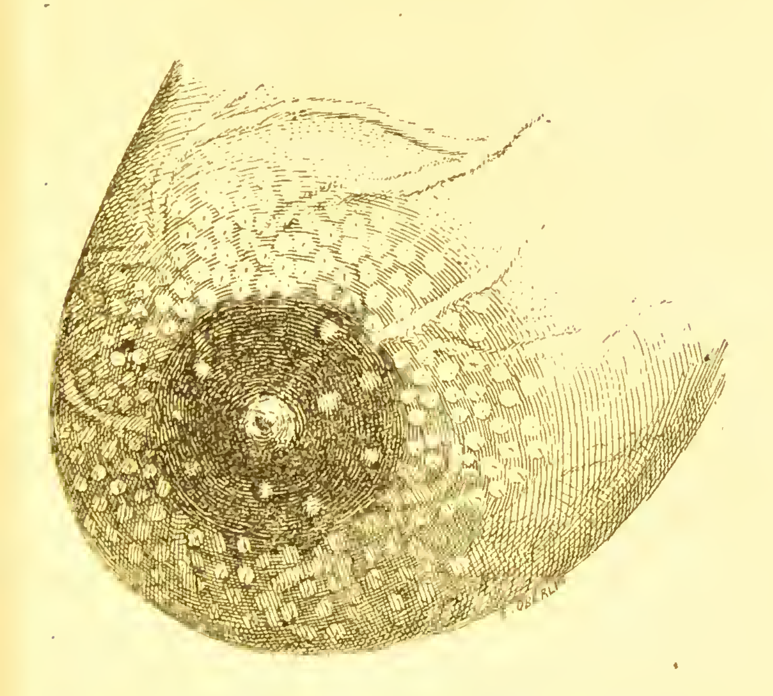


Fig. 2. — Modifications de la mamelle pendant la grossesse : Formation de tubercules de Montgommery ; pigmentation de l'aréole ; formation de l'aréole tachetée.

Il n'en est pas de même de l'écoulement du colostrum dont l'existence ou l'absence sont faciles à vérifier. L'absence n'a pas de valeur séméiologique nette, cependant elle plaide plutôt en faveur de la vacuité de l'utérus ; sa présenc

chez une nullipare est en faveur de la grossesse, mais elle n'a qu'une faible valeur chez les multipares où les règles, la congestion ou l'inflammation de l'utérus peuvent le provoquer de même que la plupart des affections génitales.

Pendant le *postpartum*, les seins, alors que la femme allaite, absorbent toute l'activité génitale ; les règles sont supprimées, du moins quant à l'écoulement sanguin, car l'ovulation semble persister puisque la conception est possible et s'observe quelquefois.

En dehors de la puerpéralité, toutes les génitopathies, et surtout les tumeurs de la zone *génitale*, peuvent amener la congestion mammaire, et rarement la sécrétion de quelques gouttes de colostrum. Certaines femmes éprouvent les mêmes phénomènes à chaque époque menstruelle.

Cette banalité dans les modifications des seins, empêche de leur attribuer une valeur séméiologique de réelle importance. Cependant, quand il s'agit d'établir le diagnostic d'une grossesse douteuse, il sera bon de rechercher les modifications de la mamelle. Seules elles ne sauraient servir à établir le diagnostic, mais, jointes aux autres signes qu'on a pu recueillir, elles permettront d'étayer les probabilités du diagnostic sur des bases plus sérieuses.

6. Système urinaire. — L'urine, produit de la sécrétion rénale, est un liquide jaune citrin, dont la quantité est en moyenne de 1500 grammes par 24 heures.

Sa composition normale est la suivante, d'après A. Gautier :

	pour 1000 grs
Eau	956 000
Matières organiques : (27 grs)	
— Urée.	25 370
— Acide urique.	0 400
— Acide hippurique.	0 350
— Créatine et créatinine.	1 000
— Xanthine.	0 004
Matières minérales : (16 grs)	
— Chlorure de sodium.	10 600
— Sulfates alcalins.	3 100
— Phosphates alcalins.	1 430
— Phosphate de magnésie.	0 456
— Phosphate de chaux.	0 314
Matières colorantes ; acides gras ; glycose ; mucine.	traces
Silice ; ammoniaque ; fer ; acide azotique.	traces
Gazs : O., CO^2., Az.,	traces

Réaction acide

L'urine peut devenir pathologique :

— au niveau du rein soit par sa quantité (polyurie, oligurie, anurie), soit par sa qualité (diabète, albuminurie) ;

— dans les voies urinaires mêmes (bassinets, urétères, vessie, urètre) ; par l'addition d'éléments étrangers (hématurie, pyourie) ;

— dans d'autres cas, c'est l'émission même de l'urine, c'est-à-dire la miction, qui est troublée, donnant naissance : soit à la *rétention*, soit à *l'incontinence*, soit au *ténesme*.

Nous allons étudier ces troubles de la sécrétion et de l'excrétion urinaires, en nous limitant aux détails qui peuvent seuls intéresser le gynécologue et l'accoucheur.

A. **Modifications de quantité.** — La surabondance d'urine ou *polyurie*, son insuffisance ou *oligurie*, enfin son absence ou *anurie* se rattachent : soit à l'état du rein, soit à celui de la circulation. Ces troubles physiologiques constitueront donc des signes importants dans l'étude des maladies du rein et de l'appareil circulatoire, mais ne sauraient intéresser directement le gynécologue.

Signalons cependant l'importance de l'oligurie

ou de l'anurie comme signes prémonitoires de l'éclampsie.

B. **Glycosurie**. — Une simple glycosurie passagère est fréquente pendant la *grossesse* et surtout l'*allaitement* ; elle n'implique aucun pronostic fâcheux. Mais, il n'en est plus de même quand cette glycosurie, par son intensité, sa ténacité, et par les autres symptômes dont elle s'accompagne, arrive à constituer un diabète véritable. La *puerpéralité* aggrave le diabète, et quand la glycosurie est intense, quand elle s'élève à 50 grammes par litre, elle assombrit le pronostic de la grossesse, qui peut être interrompue par l'avortement et amener rapidement la mort de la femme.

En gynécologie, on pensera au diabète toutes les fois qu'une femme se plaint de prurit vulvaire, car, en pareil cas, si on ne traite pas directement la cause même des accidents, le thérapeutique restera sans effets sérieux et durables.

C. **Albuminurie**. — L'albuminurie, sauf les cas où elle est due à la présence de sang ou de pus dans l'urine, indique un trouble de la sécrétion rénale.

Elle survient, une fois sur dix environ, pen-

dant la *grossesse* et expose à l'éclampsie, une fois sur trente-cinq des cas où elle se montre. Elle constitue donc un signe prémonitoire important, d'autant plus précieux qu'il permet d'instituer le traitement préventif de l'éclampsie qui consiste, comme on le sait, dans le régime lacté exclusif.

Pendant l'*accouchement*, l'albumine est un symptôme banal par sa fréquence et d'habitude sans importance.

Quand elle survient pendant les *suites de couches*, elle est tantôt symptomatique d'une fièvre intense, tantôt d'une néphrite, l'une et l'autre dépendant le plus souvent de la septicémie. Elle est toujours, dans ces circonstances, d'un fâcheux augure, surtout quand elle se montre intense et durable.

Avec les *maladies du système génital*, l'albuminurie n'a que des rapports indirects, et le gynécologue ne saurait tirer de ce symptôme d'autres renseignements que sur l'état du rein, de la circulation et de l'état général, c'est-à-dire renseignements n'ayant rien de spécial aux affections génitales, mais n'en présentant pas moins une importance notable, en aidant à juger de l'état de la malade dont les organes génitaux sont à soigner.

Bien que je ne m'attache pas ici à l'étude du symptôme albuminurie en lui-même ni aux moyens de le constater, et que je réserve cette étude aux symptômes seuls qui dépendent directement du système génital, je crois nécessaire d'insister sur l'importance qu'il y a, chez la femme, à éviter la cause d'erreur que peut produire le mélange du mucus génital à l'urine, faisant ainsi découvrir une certaine quantité d'albumine qui provient de l'addition de la sécrétion génitale à l'urine. Pour éviter cette cause d'erreur, il faut avoir soin, avant de recueillir l'urine, de nettoyer les organes génitaux par une toilette vulvo-vaginale, ou plus simplement procéder au cathétérisme vésical. J'ai vu souvent des cas étiquetés albuminurie, où ce manque de précautions avait été la source d'erreurs et où les urines étaient absolument exemptes d'albumine lorsque ce mélange, au moment de la miction, était évité.

D. **Hématurie.** — L'hématurie est le pissement de sang plus ou moins mélangé d'urine.

Le sang qui est ainsi expulsé a comme origine : soit le rein, soit les bassinets ou les uretères, soit la vessie. Le sang qui provient d'une hémorrhagie urétrale, s'écoule d'une façon continue

au dehors et ne se mélange qu'accidentellement à l'urine au moment de la miction ; l'origine du sang est, en pareil cas, facile à reconnaître, aussi l'hémorrhagie urétrale est-elle habituellement éliminée du cadre de l'hématurie.

L'hématurie se rencontrera donc dans les maladies ou traumatismes de la vessie, des uretères, des bassinets ou des reins.

Après toute opération gynécologique portant sur l'utérus ou le voisinage de la vessie, il sera prudent de pratiquer, en terminant, le cathétérisme vésical, afin de s'assurer que l'urine ne contient pas de sang, auquel cas on peut être sûr que la vessie n'a pas été ouverte.

E. **Pyourie.** — Le pus dont on constate la présence dans l'urine peut, de même que le sang, provenir de la vessie, des urétères, des bassinets ou enfin du rein ; il peut en outre provenir de l'ouverture d'un abcès dans l'intérieur des voies urinaires, ainsi qu'il n'est pas rare de l'observer dans les cas de pelvi-cellulite ou de pelvi-péritonite.

Il est impossible par l'examen seul des urines de reconnaître l'origine du pus. Les signes différentiels qu'on a donnés, suivant la source de

la suppuration, sont trop vagues pour conduire à des déductions certaines ; cependant, la présence intermittente du pus dans l'urine indiquerait une suppuration périurinaire, dont le trop plein s'évacuerait de temps en temps dans les voies urinaires par la route accidentellement établie.

C'est par l'examen direct de la femme et de ses antécédents qu'on arrivera, en cas de pyourie, à déterminer le diagnostic causal et à savoir s'il s'agit d'une cystite, urétèrite, inflammation du bassinet, néphrite ou inflammation périurinaire.

F. **Incontinence d'urine.** — L'incontinence, c'est-à-dire l'écoulement *involontaire* d'urine hors de la vessie, est tantôt un simple épiphénoméne de la rétention, tantôt existe à l'état isolé.

1° L'incontinence d'urine compliquant la rétention est produite par la surdistension de la vessie, qui déborde pour ainsi dire par son orifice naturel. Sa séméiologie est la même que celle de la rétention d'urine, dont elle constitue une simple complication.

2° L'incontinence vraie, c'est-à-dire sans ré-

tention, se développe sous trois influences distinctes :

causes locales.
" de voisinage.
" nerveuses.

1° *Causes locales* : c'est-à-dire le cancer et les ulcérations profondes siégeant au col vésical ; la dilatation ou la divulsion pratiquée pour l'exploration de la vessie.

2° *Causes de voisinage* : la tumeur comprimant et paralysant le sphincter vésical ; c'est par une compression analogue que le séjour prolongé de la partie fœtale pendant l'accouchement peut amener secondairement l'incontinence dont la durée n'est que passagère.

3° *Causes nerveuses* : toutes les affections de l'encéphale, de la moelle ou des nerfs se rendant à la vessie sont susceptibles, par la paralysie du sphincter vésical, d'amener l'incontinence d'urine. Certaines névroses, l'épilepsie par exemple, peuvent agir de même et amener l'écoulement involontaire d'urine au moment de l'accès.

A la même famille pathogénique appartient *l'incontinence nocturne d'urine*, affection spéciale à l'enfance, et qui est produite soit par

l'anesthésie des voies urinaires, soit par l'hyperexcitabilité du muscle vésical, de telle sorte que dans le premier cas l'urine est émise d'une façon inconsciente, et dans le second le sujet a conscience de l'écoulement d'urine mais ne peut le maîtriser [1]. Tous les troubles de l'innervation, notamment ceux produits par la masturbation, en sont une cause fréquente.

De ce qui précède, et en éliminant l'incontinence nocturne d'urine qui constitue en quelque sorte une individualité pathologique, on voit qu'en présence de l'incontinence d'urine, il faut songer de préférence à une affection de la vessie ou du système nerveux, et qu'en dehors de l'accouchement, le système génital ne paraît que rarement susceptible de la produire ; autrement dit l'incontinence d'urine ne doit que rarement, à moins de rétention concomitante, faire penser à une maladie génitale.

---

[1] L'incontinence nocturne d'urine sera heureusement traitée : tantôt par la belladone (1 cent.) ou l'atropine ($^1/_2$ milli.) donnée au moment du coucher (Trousseau) — tantôt par le bromure de potassium combiné ou non à l'hydrothérapie — tantôt par l'électricité.

G. **Rétention d'urine.** — La rétention est constituée par l'accumulation de l'urine en quantité pathologique dans le réservoir vésical.

Cette définition est élastique et ne satisfait pas pleinement l'esprit car la capacité vésicale est variable suivant les personnes, et il est difficile de dire, en grammes, quand cesse l'état physiologique pour faire place au pathologique.

En pratique, on dit qu'il y a *rétention complète* quand la miction est devenue impossible, *rétention incomplète* quand, à chaque miction, une certaine quantité d'urine reste dans la vessie, la malade urine par regorgement, sa vessie ne connaît plus à aucun moment la vacuité complète.

On a appelé *dysurie*, la simple difficulté d'uriner ; *ischurie*, une dysurie prononcée ; enfin *strangurie*, l'impossibilité absolue d'uriner. Ces termes n'ont, d'ailleurs, qu'une importance secondaire.

La rétention d'urine est un accident fréquent chez la femme et qui se produit dans des circonstances diverses. L'origine en est tantôt :

de voisinage,
urétro-vésicale,
de source nerveuse.

1° *Causes de voisinage* : nous entrons ici en plein domaine de l'obstétrique et de la gynécologie.

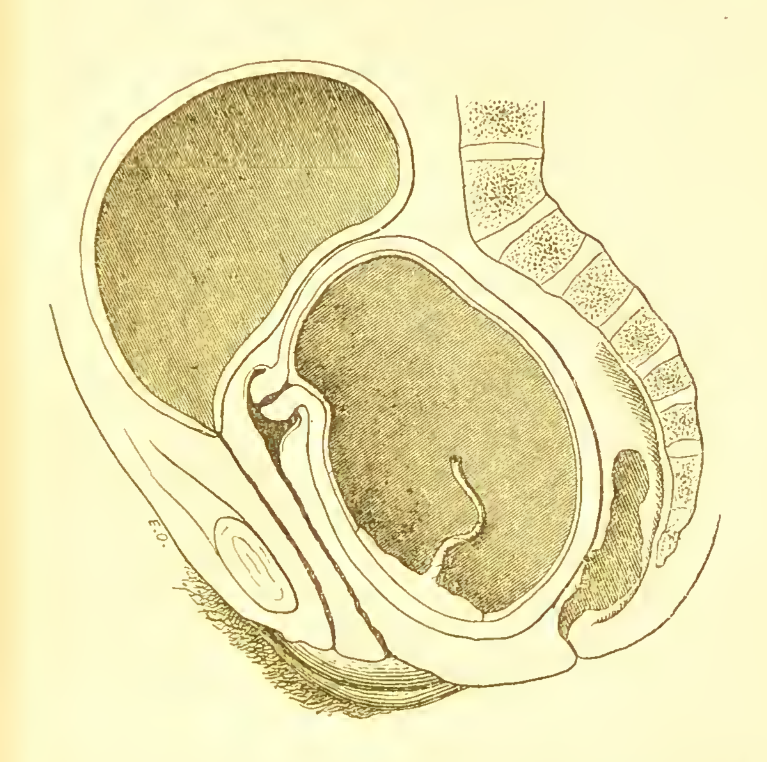


Fig. 3. — Rétrodéviation de l'utérus gravide au 3e mois de la grossesse environ; rétention d'urine consécutive (d'après Schatz).

Pendant la grossesse, la rétention se produit le plus souvent vers la fin du troisième mois; ell

est causée par la rétrodéviation de l'utérus. Le corps utérin basculant en arrière, le col est repoussé en avant derrière la symphyse pubienne.

Au moment de l'accouchement et quelquefois pendant les derniers temps de la grossesse, la partie fœtale, occupant l'excavation pelvienne,

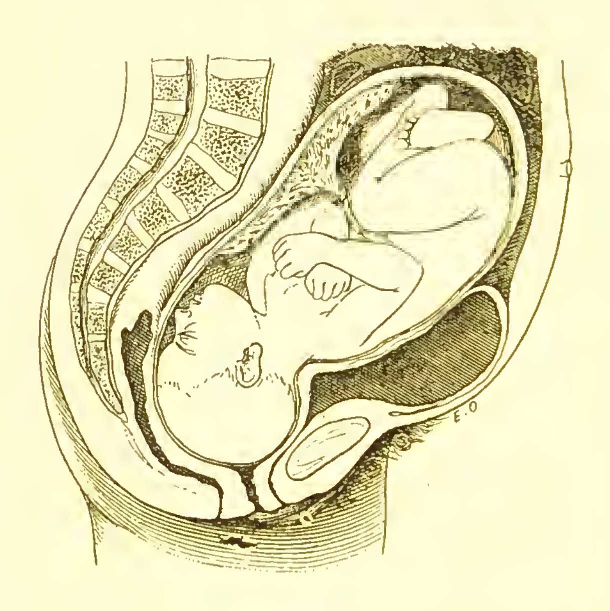


Fig. 4. — Partie fœtale, comprimant l'urètre derrière le symphyse pubienne et amenant ainsi la rétention d'urine.

chasse la vessie au-dessus du détroit supérieur et comprime l'urètre contre la paroi du pubis,

amenant la rétention tantôt incomplète, tantôt, plus rarement, complète.

Durant les premiers jours des suites de couches, la rétention est très fréquente, elle résulte de la compression même que la vessie a subie au moment de l'accouchement et qui a momentanément paralysé le muscle vésical. La position horizontale, que la patiente est obligée de garder à ce moment, favorise beaucoup la rétention, car, pour des raisons encore mal connues, la miction chez la femme s'accomplit bien plus difficilement quand le tronc est horizontal que lorsqu'il est vertical ou incliné ; aussi, quand une accouchée ne peut uriner, suffit-il parfois de la faire asseoir sur son lit pour permettre la miction.

En dehors de la puerpéralité, on observe la rétention, dans la déviation de l'utérus en arrière, agissant de la même façon que la rétrodéviation de l'utérus gravide, mais il est rare, en pareil cas, que la rétention soit complète. On l'observe également dans toutes les tumeurs inflammatoires ou autres qui viennent comprimer l'urètre, en une partie quelconque de son parcours.

2° *Causes urètro-vésicales* : la rétention d'origine urètro-vésicale se produit sous une double influence : tantôt la paralysie du muscle

vésical impuissant à expulser l'urine, tantôt un obstacle sur le trajet de l'urètre, endiguant le contenu vésical. La paralysie peut se montrer à la suite de toute inflammation ou tumeur altérant la paroi musculaire. L'obstacle est constitué par un calcul, un corps étranger, un caillot, un rétrécissement ou simplement un spasme du sphincter vésical.

3° *Causes nerveuses* : toutes les affections du système nerveux qui paralysent la vessie ou contracturent le sphincter vésical, peuvent amener la rétention d'urine ; certaines maladies génitales semblent aboutir au même résultat, par action réflexe.

On voit, en résumé, que la rétention d'urine, complète ou incomplète, constitue un accident banal chez la femme, soit pendant la puerpéralité, soit en dehors d'elle, accident qui peut avoir les sources les plus diverses, et dont la cause ne pourra être reconnue que par un examen direct.

II. **Ténesme vésical.** — Le ténesme vésical est le besoin fréquent d'uriner.

Ce besoin, outre sa fréquence, peut devenir douloureux, auquel cas le diagnostic est facile à

faire. Mais si l'excès de fréquence est le seul élément morbide, il est parfois difficile d'établir les limites entre l'état normal et l'état pathologique. En pareil cas, c'est la femme elle-même qui, en comparant la fréquence des mictions, actuellement et autrefois, permettra de savoir s'il y a ou non ténesme. Autrement dit, quand la miction n'est pas douloureuse, le diagnostic est purement relatif.

Le ténesme peut exister dans trois groupes de maladies :

maladies vésico-urètrales.
" génitales et puerpéralité.
" nerveuses.

1° *Maladies vésico-urètrales.* — Le ténesme se montre aussitôt que l'orifice vésical de l'urètre est le siège d'une irritation quelconque, que cette irritation soit produite par un corps étranger vésical (calcul ou autre), par une inflammation de cette région, ou par l'irritation même produite par l'urine (urine irritante à la suite de certaines boissons, après l'application d'un vésicatoire). On produit le besoin d'uriner en pratiquant le cathétérisme, alors que l'extrémité de la sonde va pénétrer dans la vessie, et le ténesme, en cautérisant le commencement vésical de l'urè-

tre : le ténesme persiste autant que l'irritation provoquée par le caustique.

2° *Maladies génitales ; puerpéralité.* — Le ténesme est loin d'être rare dans les maladies génitales, ainsi que pendant la puerpéralité. Il se produit, comme dans les maladies urètro-vésicales, par un double mécanisme : soit par l'irritation même de l'orifice vésical de l'urètre comprimé, par exemple, par une tumeur de voisinage ou impressionné par voie réflexe ; soit par l'intolérance des parois vésicales, alors que leur expansion est gênée par une tuméfaction voisine, ou sympathiquement par action réflexe. Quel que soit le mécanisme, le ténesme est fréquent pendant la grossesse, qu'il y ait ou non cystite : les femmes sont obligées d'uriner fréquemment dans la journée et de se lever souvent la nuit pour satisfaire le même besoin. Pendant l'accouchement, le ténesme s'observe quelquefois, mais la rétention à ce moment existe de préférence. Durant le postpartum, le ténesme n'existe d'habitude qu'autant qu'il y a une complication inflammatoire dans les organes du petit bassin.

Par conséquent, chez une femme enceinte, quand on voit apparaître le ténesme, il faut savoir qu'il peut exister avec une grossesse absolument

normale ; néanmoins, les urines doivent être examinées car il peut être le signe d'une cystite, complication heureusement rare de l'état de gravidité. Pendant l'accouchement, la valeur séméiologique du ténesme est à peu près nulle. Quand les besoins fréquents d'uriner surviennent pendant le postpartum, on doit examiner les urines et tous les organes du petit bassin, car on trouvera certainement une maladie locale pour expliquer le trouble fonctionnel de la miction qui a attiré l'attention.

En dehors de la puerpéralité, on peut observer le ténesme dans la plupart des déviations utérines, alors que le déplacement de l'utérus comprime la vessie et gêne son expansion normale.

Ce trouble urinaire se montre surtout, avec une sorte de prédilection, dans le cas de métrite généralisée ancienne, avec hypertrophie du corps utérin en antéflexion prononcée ; l'utérus, dont le poids est exagéré comme conséquence de l'inflammation, s'appuie sur la vessie comme sur un oreiller ; la compression qu'il exerce, jointe aux adhérences péri-utérines qui coexistent fréquemment en pareil cas, empêchent le jeu normal du réservoir vésical : le ténesme en est la conséquence. Les affections inflammatoires péri-

4

utérines, qu'elles s'adressent au péritoine ou au tissu cellulaire, sont susceptibles d'amener le même résultat toutes les fois que, directement ou indirectement, elles entravent l'ampliation vésicale. Le même effet peut être produit par action réflexe ou quand une collection purulente vient s'ouvrir dans la vessie, déterminant un certain degré d'irritation ou d'inflammation. Toutes les tumeurs abdominales, quelles que soient leur origine et leur nature, peuvent, quand elles compriment le réservoir vésical, amener le ténesme.

3° *Maladies nerveuses.* — Le ténesme existe enfin dans certaines maladies du système nerveux central ou périphérique, notamment, par exemple, dans l'ataxie locomotrice au début. Toute l'attention peut, en pareil cas, être attirée à tort vers l'appareil urinaire, les autres symptômes de la maladie nerveuse n'étant encore que légèrement esquissés. On sera tenté à tort de diagnostiquer une maladie du système urinaire, qui en réalité est normal ; ces maladies entrent dans la catégorie des *faux urinaires* de M. Guyon.

C'est également par la voie nerveuse, d'après le mécanisme de l'action réflexe, que plusieurs affections, éloignées de la vessie comme localisation, peuvent amener le ténesme : par exemple

certaines maladies du rectum ou du squelette pelvien.

Le ténesme vésical peut donc se produire chez la femme sous les influences les plus diverses ; quand il existe, il faudra en rechercher l'origine soit au niveau même des voies urinaires, soit dans le système génital ou les organes voisins, soit enfin dans un état pathologique du système nerveux ; c'est par la recherche directe et attentive de ces différentes causes qu'on pourra arriver à un diagnostic étiologique et, en guérissant la cause, faire disparaître le trouble urinaire dont la patiente est affligée.

7. **Etat général.** — La *fièvre* se montre dans toutes les inflammations génitales ayant une acuité et une étendue suffisantes. Comme pour la plupart des inflammations, le degré même de la température révèle l'importance et la gravité des lésions ; la courbe thermométrique ne devra donc pas plus être négligée par le gynécologue que par le médecin ordinaire.

De ce que la fièvre n'existe pas ou est insignifiante, on ne sera pas autorisé à conclure à l'absence d'inflammation ou de suppuration des organes génitaux. La vaginite et l'endométrite pu-

rulentes, à moins d'être aiguës, sont la plupart du temps afébriles ; on a dit que l'état normal de la température était dû, en pareil cas, à l'évacuation du pus au fur et à mesure de sa production. Mais, la même athermie s'observe dans les cas de pyosalpinx peu volumineux où le pus est collecté et emprisonné dans la trompe kystique ; elle existe aussi avec certains abcès peu volumineux du petit bassin.

Dans ces divers cas de petites suppurations, la fièvre existe probablement, mais, elle est passagère et peu marquée de telle sorte qu'elle passe inaperçue. La conclusion à en tirer au point de vue séméiologique est que l'athermie doit faire éliminer la possibilité d'une inflammation ou d'une suppuration étendue, mais qu'elle ne saurait conduire à la même exclusion pour une inflammation ou suppuration trés limitée et localisée.

A côté de la fièvre, les principales manifestations de l'état général sont l'*anéantissement* et l'*amaigrissement* dans lesquels tombent certaines malades.

L'un et l'autre s'observent dans les génitopathies comme dans la plupart des autres maladies.

L'*amaigrissement* se produit dans toutes les

maladies génitales de longue durée, même en l'absence de néoplasme malin, par exemple dans les cas anciens de métrite généralisée, de pelvi-péritonite ou de pelvi-cellulite chronique avec ou sans suppuration.

Le facies prend une expression spéciale que Aran [1] a décrite en ces termes : « le facies utérin consiste dans un aspect tout particulier et ayant réellement quelque chose de caractéristique. La face est amaigrie, quoiqu'assez souvent à un degré peu considérable ; mais elle est surtout décolorée, pâle, d'un blanc sale, ne présentant ni la bouffissure des chlorotiques, ni la teinte des maladies cancéreuses, ni celle qui est liée au ramollissement graisseux du cœur ; elle a un aspect terne, l'œil est languissant, la physionomie est sans expression avec une teinte jaunâtre particulière. »

Ce facies diffère de celui de la plupart des autres maladies et aussi de celui de la péritonite où tous les muscles faciaux sont grippés, contracturés, tandis qu'ils sont lâches, comme paralysés dans le facies utérin, qui serait mieux

---

(1) Aran. — *Leçons Cliniques sur les Maladies de l'utérus*, p. 143.

dénommé *facies génital* car il s'applique à peu près également à toutes les génitopathies.

L'*anéantissement*, cette sorte de paresse de tout l'être, se développe parallèlement à l'amaigrissement des maladies génitales, mais il survient souvent avant lui et alors que la nutrition se fait encore assez bien, il résulte alors des douleurs multiples qu'éprouvent les malades et des nombreux malaises auxquels elles sont sujettes. Cette sensation de *mal-être* généralisé, conduit promptement à un découragement prononcé et précurseur de la déchéance de l'état général.

CHAPITRE SECOND

—

TROUBLES GÉNITAUX

SOMMAIRE

—

1° Interrogatoire.

Troubles douloureux : douleur, colique, prurit.
Troubles fonctionnels : aménorrhée, ménorrhagie, dysménorrhée, stérilité, troubles de la fonction sexuelle.
Sensations de mouvements intra-abdominaux.

2° Inspection.

Augmentation du volume abdominal ; modifications de la coloration abdomino-génitale, vergetures, modifications de l'ombilic ; ulcérations, tumeurs des organes génitaux ; écoulements non sanguins, écoulements sanguins.

3° Palpation. — Percussion.

Tympanisme abdominal ; fluctuation abdominale ; tumeurs abdominales.

4° Auscultation.

Bruits intra-abdominaux.

5° Toucher.

Modifications du vagin ; modifications du col, toucher intra-utérin; tumeurs pelviennes perçues au toucher.

TROUBLES GÉNITAUX

I. INTERROGATOIRE

TROUBLES DOULOUREUX

1. Douleur. — En étudiant le retentissement que les génitopathies pouvaient avoir sur le système nerveux, il a été question des névralgies éloignées (intercostale, céphalique, gastralgie, etc.) que les maladies génitales étaient susceptibles de produire ; je n'envisagerai ici que les névralgies plus directement liées au système génital.

Bien que toute douleur soit en réalité une névralgie, c'est-à-dire l'impression pénible causée par un nerf malade ou aboutissant à un organe pathologique, j'éliminerai du cadre actuel celles qui se produisent sous forme de *coliques* ou de *prurit*, pour les étudier séparément.

Les douleurs que peuvent éprouver les génitopathes sont variées comme siège, comme forme et comme nature.

Les unes sont spontanées, les autres provoquées par un effort, par la fatigue, par l'exploration médicale ; d'autres surviennent à l'occasion de la menstruation ou de l'union sexuelle ; ces dernières qui se montrent à l'occasion d'un acte physiologique seront étudiées avec lui.

La génitopathe ou la gestante qui vient consulter le médecin accuse le plus souvent les *douleurs* suivantes (*fig.* 5 et 6) :

douleur lombo-sacrée : douleurs de reins.
" coccygienne ; coccygodynie.
" hypogastrique.
" en ceinture.
" inguinale.
" ano-périneo-vulvaire.
" des membres inférieurs.

Quand on pratique l'examen, on trouve les *points douloureux* (*fig.* 10 et 11) :

point de la névralgie lombo-abdominale.
" de la névralgie sciatique, crurale, ou obturatrice.
" ovarien ou ovarie.
" vulvo-vaginal.
" utérin.
" périutérin ou pelvien.

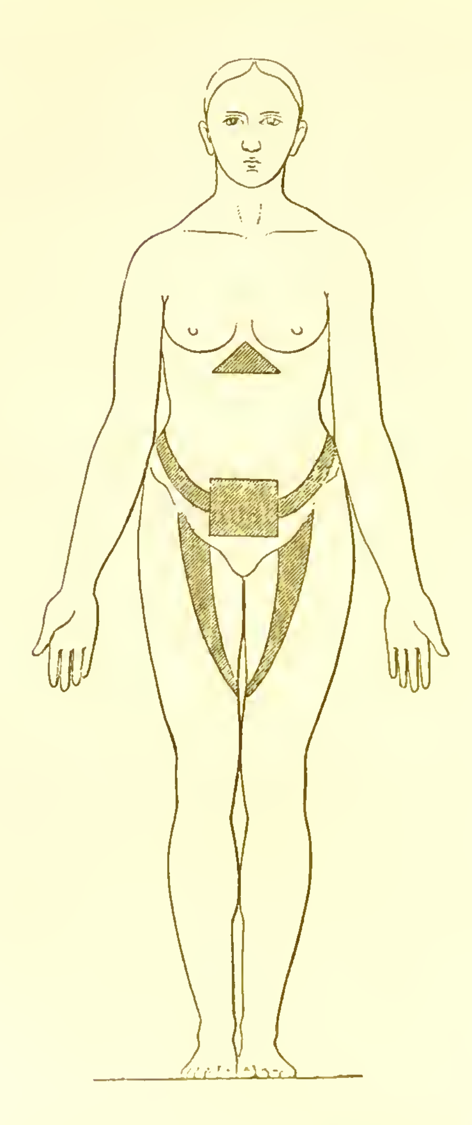
Examinons la valeur séméiologique de ces diverses manifestations douloureuses.

I. DOULEURS

A. **Douleur lombo-sacrée. Douleurs de reins.** — Les douleurs de reins sont, en quelque sorte, le premier cri de toutes les affections génitales.

Les liaisons de l'innervation génitale avec la moelle épinière (*fig.* 7), qui se font par l'intermédiaire du plexus utérin et du plexus utéro-ovarien accompagnant l'artère utérine et l'artère utéro-ovarienne, nous expliquent la fréquence de ces douleurs et leur pathogénie.

Tout évènement génital (congestion menstruelle, congestion sexuelle), toute maladie



ZÔNES DOULOUREUSES

Fig. 5. — Face antérieure du corps

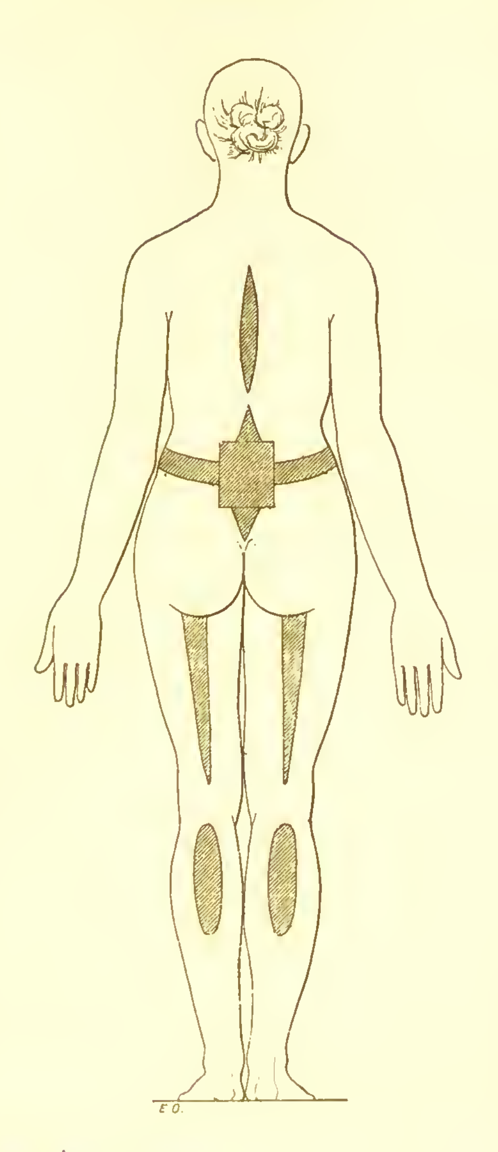


Fig. 6. — Face postérieure du corps.

dans la zône génitale, retentit immédiatement dans la région lombo-sacrée. La grossesse soit à son début, soit à une période quelconque de son évolution, peut amener des douleurs semblables. L'utérus bien que subissant une hypertrophie physiologique, ne se transforme pas toujours sans causer des troubles douloureux ; les douleurs de reins en sont la conséquence.

Mais de ce qu'une femme éprouve des douleurs de reins on ne saurait conclure, dans tous les cas, à une cause génitale. Ces douleurs peuvent exister en dehors de la puerpéralité et avec un système génital absolument normal ; elles sont, en effet, susceptibles de dépendre d'une affection de la moelle épinière, du rachis, des muscles voisins (lumbago), d'une névralgie essentielle ou reconnaissant une origine indépendante du système génital. Il faudra donc, avant de conclure en pareil cas à l'origine génitale, pratiquer un examen direct, attentif, portant sur l'utérus et ses annexes ; si ces organes sont normaux, s'il n'y a pas trace de grossesse et si l'exploration est indolore on recherchera, en dehors de la sphère génitale, la cause des phénomènes douloureux.

A côté des cas typiques où le système génital est absolument normal à l'exploration la plus

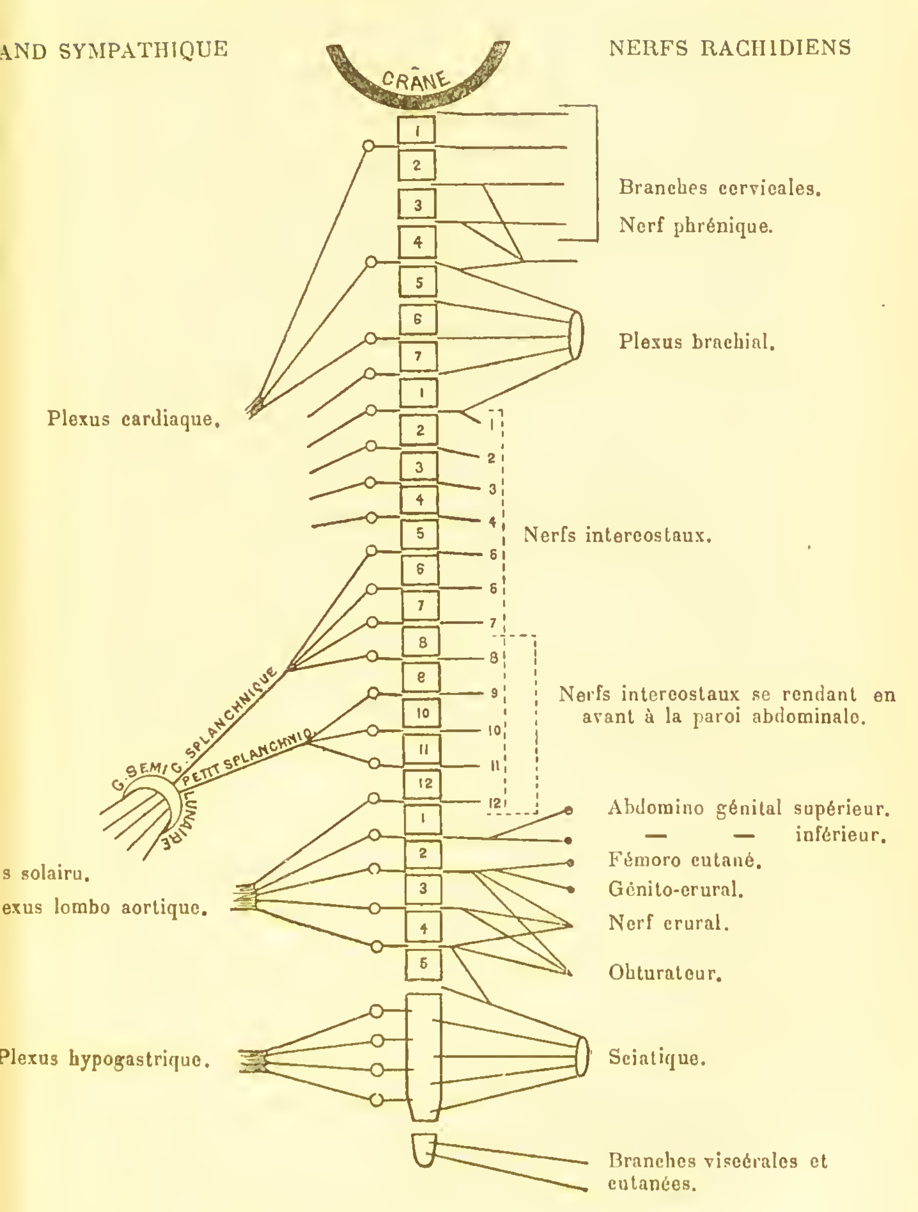


Fig. 7. — Schéma du système nerveux rachidien.

attentive, il en est où l'existence d'une lésion minime, par exemple une petite ulcération du col, un léger degré d'endométrite, une déviation peu accentuée de l'utérus, peuvent rendre le clinicien perplexe. En effet, il existe des douleurs de reins intenses, persistantes, constituant pour la femme un état réellement pénible, et on ne trouve d'autre part qu'une lésion minime des organes génitaux ; la lésion constatée est-elle bien l'origine des symptômes douloureux observés? La solution de cette question, et d'une façon générale le rapport à établir entre la lésion constatée et les symptômes éprouvés, est souvent difficile, car on sait qu'à côté des cas où la relation paraît exacte et proportionnelle, il en est d'autres où il n'en est pas ainsi ; *à petite lésion correspond parfois une grosse douleur et réciproquement.*

Dans ces cas douteux et en quelque sorte insolubles a priori, l'épreuve thérapeutique aura une valeur décisive, et le jugement devra être réservé jusqu'à ce qu'elle ait été tentée et terminée.

S'il existe une lésion génitale, il faut commencer par la guérir, et, la guérison obtenue, la douleur tantôt disparaît, tantôt persiste. Dans le premier cas, elle était bien sous la dépendance

de la maladie constatée ; dans le second, elle semble en être distincte, et les organes génitaux étant guéris, il conviendra, par un complément d'exploration, de rechercher en dehors du système génital, la source des phénomènes douloureux. Toutefois, il ne faudra pas oublier que dans beaucoup d'affections génitales, la douleur persiste quelquefois un certain temps après la guérison anatomo-pathologique, comme par une sorte d'habitude contractée par le système nerveux ; il sera donc prudent, avant de porter un jugement définitif, d'attendre un certain temps, pour laisser à la douleur le temps de s'éteindre après la suppression de sa cause.

B. **Douleur coccygienne. Coccygodinie.** — La douleur dessine en quelque sorte et limite le coccyx ; elle est spontanée et augmentée par tout acte susceptible d'ébranler le coccyx : marche, efforts de défécation, de miction, efforts de l'accouchement ; toute pression sur l'os malade est excessivement sensible.

Cette névralgie qui accompagne souvent les douleurs lombo-sacrées mais qui peut également se montrer à l'état isolé, reconnaît pour *causes* :

1° Tantôt une *maladie génitale* : inflammation, déplacement, tumeur de l'utérus. La dou-

leur, en pareil cas, se transmet au coccyx, soit par la pression directe de l'organe malade sur le coccyx, soit à distance par voie réflexe, comme pour les douleurs de reins, dont la coccygodinie est en quelque sorte la continuation, le coccyx étant la terminaison de la colonne vertébrale.

2° Tantôt une *maladie du rectum* ou du tissu cellulaire qui l'enveloppe inférieurement.

3° Tantôt une *lésion* même du *coccyx*, lequel peut devenir pathologique au même titre que toutes les autres pièces du squelette, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme. Ce traumatisme peut résulter de l'accouchement et agir sur l'os lui-même, sur son articulation avec le sacrum, ou sur les nerfs de la région.

4° Il est enfin quelques cas où il n'est possible de déterminer *aucune cause* et où la névralgie coccygienne semble *essentielle*.

C. **Douleurs hypogastriques.** — Après les douleurs de reins, les hypogastriques sont les plus fréquentes dans les affections génitales.

Elles se manifestent le plus souvent sous forme d'une pesanteur exagérée par la fatigue ; la pression sur cette région est douloureuse, surtout quand on arrive au voisinage du fond de

l'utérus. C'est, en effet, dans les affections utérines de nature inflammatoire, qu'on observe plus volontiers les douleurs hypogastriques ; la pesanteur éprouvée par la malade résulte de l'hypertrophie pathologique de l'organe atteint.

En dehors des maladies abdominales et des lésions du pubis, la douleur hypogastrique n'existe que dans les affections de la vessie, du tissu cellulo-séreux l'enveloppant et de l'utérus. Aussi, quand la paroi abdominale et le squelette pelvien sont normaux, quand la vessie et son entourage sont sains, la douleur hypogastrique doit-elle faire penser à une affection utérine, de même que la douleur périombilicale à une maladie de l'intestin grêle.

D. **Douleurs en ceinture.** — Les douleurs en ceinture, ainsi que leur nom l'indique, entourent l'abdomen en anneau, partant de la région lombaire pour aboutir à l'hypogastre en passant par les flancs.

Elles suivent le trajet des nerfs abdomino-génitaux (*fig.* 8) et des nerfs intercostaux inférieurs.

La ceinture douloureuse est tantôt hémilatérale, tantôt complète, suivant que les nerfs sont atteints d'un seul côté ou des deux côtés.

Les douleurs en ceinture, qui s'identifient avec la névralgie intercostale inférieure et la névral-

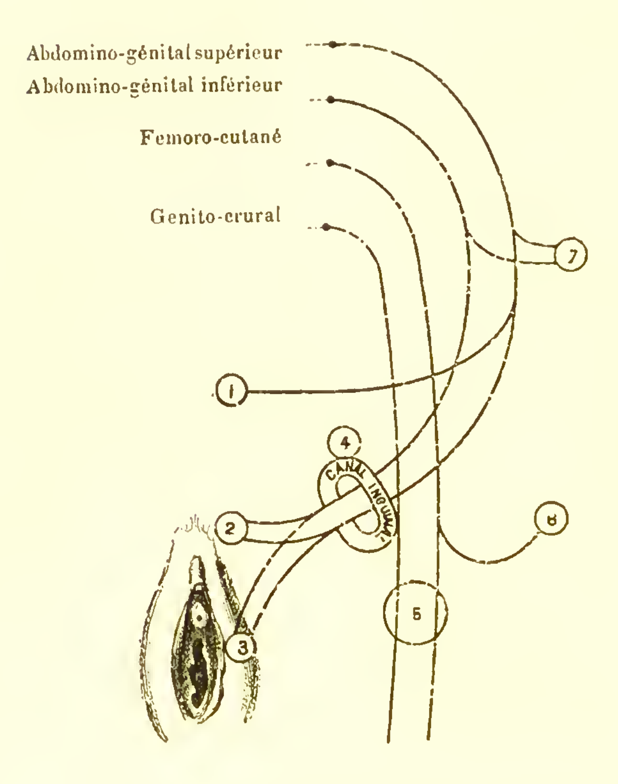


Fig. 8. — Schéma des nerfs ilio-lombaires — Points douloureux de leur névralgie.

gie ilio-lombaire, présentent à la pression les points douloureux classiques de ces névralgies, à savoir :

a. Névralgie intercostale :

point postérieur.
" latéral.
" antérieur.

b. Névralgie ilio-lombaire : (1)

point sous-ombilical. 1
" pubien . . . 2
" génital . . . 3
" inguinal. . . 4
" latéral (2) . . 7

Ces névralgies sont souvent symptomatiques d'une affection génitale, quelle que soit sa variété, et leur existence imposera toujours l'exploration génitale, afin d'éclairer le diagnostic étiologique ; mais, elles peuvent également dépendre d'autres causes que je rappelle ici en me contentant de les mentioner :

a. Causes générales :

1° chloro-anémie ; cachexie.
2° hystérie.
3° rhumatisme et goutte.
4° paludisme.
5° syphilis.
6° intoxications (mercure, tabac, etc.)

---

(1) Les chiffres placés en regard des points douloureux se rapportent aux points douloureux indiqués sur la figure.

(2) Les points fémoral et fessier appartiennent aux fémoro-cutané et génito-crural, dont la névralgie n'est pas en question ici.

b. Causes locales :

1° action du froid
2° myélite ou méningite spinale
3° inflammation de la colonne vertébrale
4° affection cardio-pulmonaire.
5° inflammation ou tumeur d'un organe quelconque de l'abdomen, en dehors du système génital.

Les causes sont, comme on le voit, multiples ; aussi, quand une femme présente les douleurs propres à cette névralgie, ne faut-il pas se hâter de conclure à une affection génitale, qui doit néanmoins toujours être soupçonnée.

E. **Douleurs inguinales.** — Les douleurs inguinales, tantôt unilatérales, tantôt bilatérales, sont assez fréquentes chez la femme ; elles se produisent : tantôt sur le trajet des nerfs abdomino-génitaux, fémoro-cutanés et génito-crural, et accompagnent alors la douleur en ceinture dont il vient d'être question, — tantôt sur le trajet du nerf crural, — tantôt enfin elles siègent sur le trajet même du canal inguinal et se produisent dans l'extrémité du ligament rond tiraillé par l'utérus dévié.

Quel que soit le siège anatomique des douleurs, on les voit se produire, le plus ordinairement,

dans les maladies des annexes utérins (salpingo-ovarite, phlegmons du ligament large, latéro-déviations de l'utérus).

Quand elles sont unilatérales ou prédominantes d'un côté, elles indiquent alors qu'elles dépendent d'une affection locale ou d'une névralgie essentielle, ce que révélera l'examen direct. Elles indiquent aussi la localisation des lésions dans les annexes de l'utérus d'un seul côté ; mais souvent, par une alternance bizarre et peu explicable, les douleurs siègent d'un côté (à gauche par exemple) alors que les lésions des annexes se trouvent de l'autre côté, (à droite).

F. **Douleurs ano-périneo-vulvaires.** — Les douleurs ano-périneo-vulvaires siègent surtout dans le domaine du nerf honteux interne.

En dehors du prurit, dont il sera ultérieurement question, ces douleurs se manifestent : tantôt sous la forme de déchirure et de distension, comme au moment de l'accouchement ; tantôt sous forme de piqûres, d'élancements ; tantôt enfin sous forme de pesanteurs.

Les sensations de pesanteur, en dehors des tumeurs et abcès qui peuvent siéger dans la région, sont dues ordinairement au prolapsus utérin ou à la rétrodéviation qui doit en être considérée



Fig. 9. — Schéma des nerfs des membres inférieurs (obturateur ; crural ; sciatique). Points douloureux de leur névralgie.

comme le premier degré ; l'examen local permettra d'arriver au diagnostic.

Quant aux autres douleurs de la région, qui revêtent plus volontiers la forme qu'on est habitué à rencontrer dans les névralgies ordinaires, elles peuvent se produire dans les maladies des voies urinaires inférieures, des organes génitaux, du rectum et de l'anus, au même titre que les névralgies ilio - lombaires

que toute autre névralgie réflexe. Parfois, la douleur peut résulter de la compression directe du nerf par l'affection pathologique.

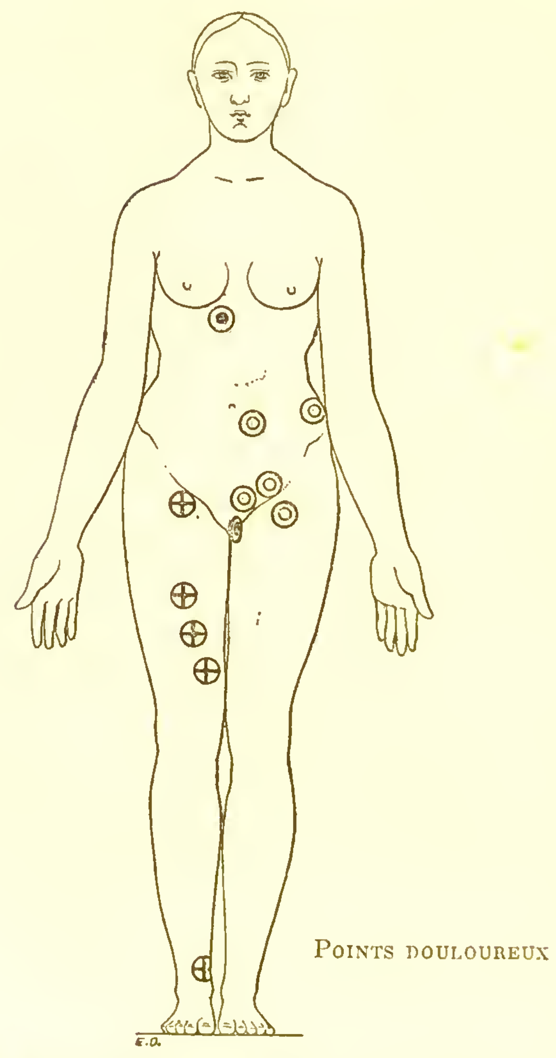
G. **Douleurs des membres inférieurs.** — Ces douleurs qui existent sur le trajet des nerfs du membre inférieur, c'est-à-dire de l'obturateur, du crural et du sciatique, se produisent : soit par voie réflexe ; soit par compression directe, au niveau du trajet pelvien de leurs branches initiales. (*fig.* 9).

Elles se montrent pendant la grossesse et l'accouchement et peuvent exister avec la plupart des maladies génitales.

Elles sont également fréquentes en dehors de la puerpéralité et de toute maladie génitale, et dépendent de causes analogues à celles indiquées pour la névralgie ilio-lombaire. C'est par la recherche attentive de ces différentes causes qu'on arrivera à poser le diagnostic étiologique.

II. POINTS DOULOUREUX

A. **Points douloureux des névralgies ilio-lombaire, sciatique, crurale, obturatrice.** — Les points douloureux de ces diverses névralgies, qu'on dé-

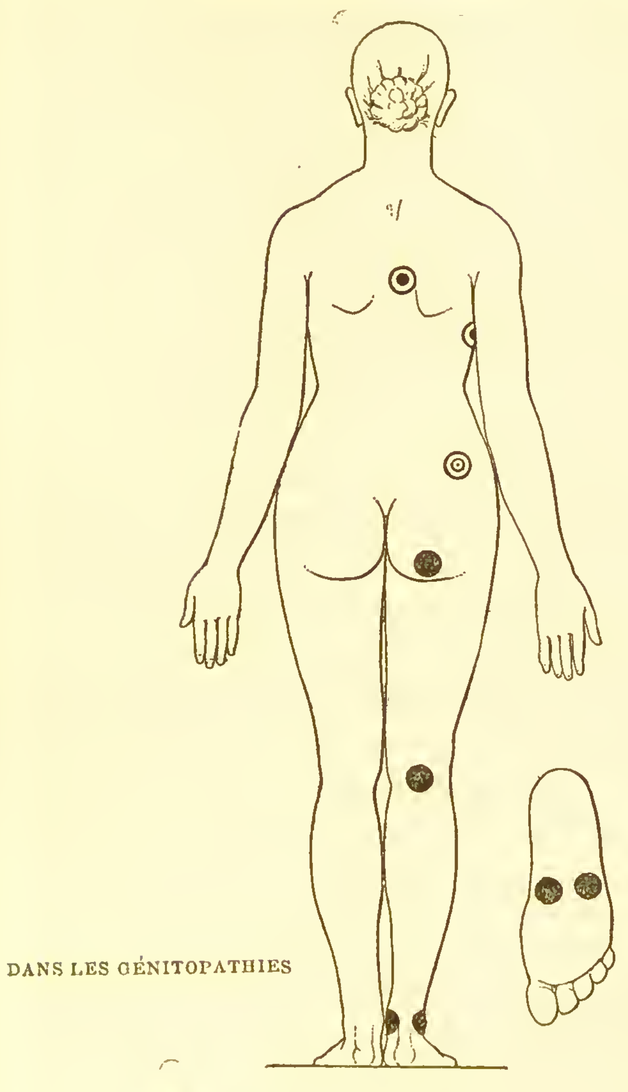


◉ Névralgie intercostale.

◎ Névralgie ilio-lombaire.

⊕ Névralgie crurale.

Fig. 10. — Face antérieure du corps.



Névralgie intercostale.

Névralgie ilio-lombaire.

Névralgie sciatique.

Fig. 11. — Face postérieure du corps.

terminera par la pression localisée aux régions déjà indiquées, se trouveront d'ordinaire, (incomplets la plupart du temps comme nombre, plusieurs faisant défaut), dans les irradiations douloureuses sur le trajet de ces nerfs, irradiations qui ont déjà été étudiées il y a un instant.

Leur valeur séméiologique est la même que celle de ces irradiations douloureuses et des névralgies dont ils sont symptomatiques.

B. **Point douloureux ovarien. Ovarie.** — Quand on déprime la paroi abdominale à l'union de deux lignes, l'une transversale réunissant les épines iliaques antero-supérieures et l'autre verticale tombant sur l'éminence ilio-pectinée, on détermine chez la plupart des hystériques, plus souvent du côté gauche que du côté droit, une douleur vive, angoissante qui peut devenir la source d'un accès convulsif ; c'est à ce clou douloureux qu'on a donné les noms de *point douloureux ovarien*, *ovaralgie*, *ovarie.*

L'existence de ce point douloureux ne saurait être niée ; on le trouve chez les hystériques les plus atténuées, et même chez des femmes qu'on a de la peine à étiqueter hystériques, alors qu'on exige pour ce diagnostic quelque signe sérieux et probant ; mais, si son existence est in-

contestable il n'en est pas de même de sa pathogénie qui prête au contraire à contestation ; deux hypothèses sont en présence :

– origine *ovarienne* — ovaralgie (Piorry, Négrier, Charcot).
– origine *musculaire* — myodynie (Briquet).

a. Contre la *théorie ovarienne*, on a objecté que, sur le cadavre, le point cutané où on détermine la douleur ne correspond pas, le plus souvent, à l'ovaire. Charcot a répondu qu'après la mort, la circulation des ligaments larges cessant, l'ovaire quittait sa place normale et tombait vers l'espace rétro-uterin. Mais, il arrive que, sur la femme vivante, on peut déterminer avec précision le point ovarien, alors que par le toucher vaginal on rencontre nettement l'ovaire correspondant dans la fossette rétro-ovarienne ou dans le cul-de-sac de Douglas, et ne réveillant pas, à la pression, la même sensation chez la femme que celle exercée au point dit ovarien de la paroi abdominale ; j'ai pu faire plusieurs fois cette constatation qui a ébranlé ma foi dans l'origine ovarienne de la douleur en question.

b. A la *théorie musculaire*, on a objecté qu'il est difficile d'expliquer la constance dans

le siège du point douloureux ; on a encore dit que, si dans certain cas la douleur paraît bien siéger dans la paroi, il en est d'autres où cette même paroi peut être pincée sans donner trace de phénomènes douloureux.

Ces objections ont de part et d'autre une valeur indéniable, et il faut reconnaître qu'il est actuellement impossible d'avoir une idée nette sur la pathogénie de la douleur dite ovarique, qu'on observe chez les hystériques ; aussi mieux vaudrait, étant donnée l'incertitude de cette origine, l'appeler *point iliaque de l'hystérie*, dénomination accidentellement employée par Charcot, qui aurait l'avantage de réserver la question pathogénique.

Ce point iliaque n'a aucune signification spéciale s'attachant à la puerpéralité ou aux génitopathies.

Quand on le constate, on peut simplement conclure à l'hystérie et à la possibilité de ses manifestations sur lesquelles les antécédents et l'examen actuel renseigneront ; le point iliaque n'ayant fait que diriger l'attention dans ce sens, sans autoriser à priori aucune conclusion positive et précise.

Pendant la grossesse, l'un des ovaires hypertrophié, devient souvent accessible à la palpation,

par le fait même de son déplacement, et réveille par la pression une douleur dite ovarienne, angoissante et caractéristique ; cette douleur, dont la pathogénie ne saurait faire de doute, ne peut être comparée à la douleur dite ovarique de l'hystérie ; sa pathogénie et sa nature sont différentes.

C. **Points douloureux vulvo-vaginaux.** — A l'exploration digitale de la vulve et du vagin, on détermine souvent, en une région très localisée, une douleur assez vive qui, pour la vulve correspond parfois à une cicatrice douloureuse datant d'un accouchement antérieur, ou qui peut être un point névralgique ; une inflammation limitée à la glande vulvo-vaginale est susceptible de fournir une sensation analogue. Le diagnostic étiologique de ce point douloureux se fait en général sans difficultés.

Dans le vagin, on rencontre des points douloureux variés mais qui dépendent rarement de la paroi vaginale même; ils sont déterminés par la pression des organes voisins ; ce sont des points douloureux périutérins ou pelviens qui seront étudiés ultérieurement.

D. **Points douloureux utérins.** — La douleur

utérine qu'on réveille par le toucher vaginal, est :

tantôt limitée,
" généralisée,
" irradiée.

1° *Douleur limitée.* — En appuyant le doigt sur une région limitée du col ou du corps, on détermine une douleur vive, localisée à une petite surface, un peu moins ou un peu plus grande qu'une pièce de cinquante centimes.

Ces petits territoires douloureux, uniques ou multiples, se rencontrent de préférence aux angles de l'orifice utérin, à l'isthme, sur la face antérieure de l'utérus. S'ils sont relativement moins fréquents sur les faces latérales et postérieures de l'organe, c'est peut être à cause de leur moindre accessibilité. Ils semblent avoir trois sources pathogéniques :

tantôt une déchirure cicatrisée,
" un noyau inflammatoire,
" un petit fibrôme.

a. Les déchirures se rencontrent de préférence aux angles de l'orifice externe ; la solution de continuité s'est produite au moment de l'accouchement, une cicatrice s'est faite à ce niveau, cicatrice conjonctive, indurée, tiraillant le tissu

cellulaire voisin auquel elle adhère ; ce noyau fibreux, implanté au milieu du tissu musculaire, est un véritable clou pathologique, qui constitue un petit foyer douloureux sensible au moindre choc. Cette petite lésion, minime d'apparence mais souvent pénible pour la femme, ne peut être guérie que par la trachéloraphie, et à la condition d'enlever, en pratiquant l'avivement, le petit nodule scléreux, source de tous les troubles.

b. Dans les cas d'endométrite ou de métrite généralisée, il arrive souvent qu'une région de l'utérus est plus particulièrement envahie par le processus inflammatoire ; en ce point limité, la pression réveille une douleur vive, alors que les régions voisines sont peu ou pas douloureuses. Ces points douloureux se rencontrent plus volontiers au voisinage de l'isthme, à cause de la plus grande richesse nerveuse de l'utérus à ce niveau ; c'est le même mode pathogénique qui semble localiser à l'isthme encore, la douleur dans les cas de flexion utérine qui se compliquent d'inflammation, alors que la déviation devient la source de troubles pathologiques. Ces points douloureux, d'origine inflammatoire, peuvent d'ailleurs se rencontrer en un point quelconque de l'utérus ; il n'est pas rare de les

trouver au niveau de la lèvre antérieure ou postérieure.

c. Enfin, il arrive assez fréquemment de heurter sur la face antérieure du corps utérin, ou sur sa face postérieure alors qu'elle est rétrodéviée et facilement accessible, un petit nodule saillant, véritable bouton douloureux, dont le toucher impressionne très désagréablement la femme ; ce sont de petits fibrômes, gros comme des pois ou des cerises, dont le développement a irrité les nerfs voisins, de telle sorte que la pression, à leur niveau, est très vivement sentie.

2° *Douleur généralisée.* — La douleur n'est plus limitée à une région de l'utérus mais généralisée à tout l'organe, de telle sorte que la femme se plaint, quelle que soit la région de l'utérus explorée.

Cette douleur généralisée est le plus souvent symptomatique de l'inflammation étendue à tout l'utérus ; tout l'organe est malade, et de ce fait même, la douleur n'a plus de localisation.

En dehors de la métrite, cette douleur généralisée peut se rencontrer dans une autre affection, qui a été décrite sous le nom de *névralgie utérine* ou d'*hystéralgie.*

On est actuellement mal fixé sur la maladie désignée sous ce nom. Elle se confond avec ce

que d'autres auteurs ont décrit sous la dénomination de *congestion utérine ;* l'un et l'autre étant distincts de la métrite, c'est-à-dire ne présentant aucune trace de réaction inflammatoire causée par la présence d'un microbe.

Dans les divers cas observés, et dont on rencontre assez fréquemment des exemples que l'absence d'autopsies rend vagues comme interprétation, la congestion et la névralgie paraissent se combiner, sans qu'il soit possible de dire laquelle des deux constitue le phénomène initial et principal. En voici un exemple :

A la suite d'une fatigue, d'un refroidissement, d'excès sexuels, l'utérus devient gros et douloureux à l'exploration bimanuelle ; la femme sans avoir de fièvre est fatiguée, énervée ; elle éprouve des douleurs de reins, d'hypogastre, des douleurs irradiées dans les membres inférieurs. Au speculum, le col est rouge, violacé, mais sans traces d'ulcération ni de pseudo-ulcération. Il n'y a pas d'écoulement utérin, partant pas d'endométrite, pas d'inflammation. Les règles sont peu abondantes, presque nulles, ou quand elles reviennent en quantité normale il y a amélioration très nette et souvent guérison. Cette affection douloureuse dure une à plusieurs semaines, elle peut quelquefois se prolonger pendant deux à

trois mois, condamnant la malade au lit. Au bout de ce temps, sous l'influence seule du repos ou d'un traitement approprié (laxatifs, révulsifs) l'affection guérit, ne laissant aucune trace pathologique après elle.

3° *Douleur irradiée.* — Dans certains cas, cette douleur généralisée ne reste pas limitée à l'utérus, mais envahit en quelque sorte tout le petit bassin : à l'exploration, tous les tissus depuis la vulve jusqu'à l'ombilic sont douloureux. Tout le grand et le petit bassin se fondent en une douleur uniforme, avec des points d'exagération. L'utérus, les ovaires paraissent congestionnés, car ils sont augmentés de volume. Au moindre contact, la femme se plaint, véritable sensitive qui devient inaccessible à l'exploration.

Comme précédemment, il est impossible de trouver vestige d'inflammation, il n'y a pas de métrite, ni de périmétrite ; on ne trouve d'autre état pathologique que la congestion et l'hyperesthésie ; la nature du mal semble la même que dans la douleur généralisée de l'utérus, l'étendue est seule plus considérable.

Il est impossible de tracer autre chose qu'une simple esquisse de ces états pathologiques que l'étude clinique nous révèle, mais dont la na-

ture exacte, la pathogénie et l'étiologie sont encore vagues. Il est indispensable de les connaître afin de ne pas les confondre avec les génitopathies telles que la métrite, la pelvi-péritonite ou la pelvi-cellulite, auxquelles ils ressemblent beaucoup par leurs phénomènes douloureux, mais dont quelques caractères et surtout l'évolution, les distinguent nettement.

Dans la pathologie de la plupart des organes, il existe encore des états mal définis que nous connaissons seulement par quelques-uns de leurs symptômes, dont nous pourrons peut-être un jour débrouiller la nature intime.

E. **Points douloureux périutérins ou pelviens.** — Il vient d'être question de douleurs irradiées qui envahissent en bloc tous les organes du petit bassin, mais il en est d'autres qui se localisent en une région nettement limitée, et qu'il nous faut maintenant interpréter.

Ces douleurs circonscrites se montrent tantôt :

au niveau des ovaires,
 " des trompes,
 " des ligaments larges,
 " du rectum,
 " de la vessie,
en un point quelconque de l'espace pelvien.

Elles dépendent, le plus ordinairement, d'un processus inflammatoire localisé à l'organe douloureux.

Toutes les fois que l'extrémité du doigt rencontre un point douloureux, il faut songer à une inflammation locale ; l'examen complémentaire et la marche de l'affection permettront de parfaire le diagnostic.

En dehors de ces inflammations localisées, les tumeurs peuvent également fournir une douleur limitée et occupant l'étendue même du néoplasme.

Il n'est pas rare, alors surtout qu'on explore les ligaments utéro-sacrés, ou le ligament sciatique, accessibles par le vagin ou le rectum, de les trouver tendus et douloureux. La pathogénie de ces douleurs est, en certain cas, difficile à établir, au moins pour les ligaments sacro-sciatiques, car pour celle des ligaments utéro-sacrés on peut l'expliquer par la tension exercée par un utérus dévié.

Je dois me contenter d'esquisser ces phénomènes douloureux, variés, du petit bassin qui sont encore à peine connus, et qui demandent une étude toute spéciale, par laquelle bien des points obscurs de la gynécologie et de l'obstrétrique pourront être éclairés.

2. Coliques. — La colique est la contraction douloureuse d'un organe pourvu de fibres musculaires lisses : intestin, vessie, uretères, utérus, trompes, canaux biliaires.

La colique prend un nom en conformité avec son origine :

intestin.	colique	intestinale.
voies biliaires.	//	hépatique.
bassinets ; uretères.	//	néphrétique
vessie.	//	vésicale.
trompes.	//	salpingienne
utérus.	//	utérine.

La colique est constituée par une douleur intermittente ou rémittente, dont le siège et les symptômes concomittants permettent de reconnaître l'origine.

A. **Colique intestinale.** — Crises douloureuses intermittentes, accompagnées tantôt de diarrhée, tantôt de constipation, siégeant sur la portion même de l'intestin qui est atteinte, au pourtour de l'ombilic quand il s'agit de l'intestin grêle. Suivant la cause on a distingué un certain nombre de coliques intestinales, telles que colique de plomb, colique de cuivre, colique de mise-

rere, colique stercorale ou par constipation, colique nerveuse ou hystérique, etc.

B. **Colique hépatique.** — Colique produite par le passage d'un calcul à travers les voies biliaires ; éclatant ordinairement après le repas ; douleur au creux épigastrique (*point épigastrique*), dans l'hypochondre droit, au niveau du foie, dans l'épaule droite, en particulier à l'angle inférieur de l'omoplate (*point scapulaire*). Dure 6 à 12 heures. Vomissements et ictère fréquents. Possibilité de trouver le calcul pathogène dans les garde-robes.

C. **Colique néphrétique.** — Colique causée par la descente d'un calcul du bassinet dans la vessie ; souvent des symptômes urinaires antérieurs. Douleur vive et débutant brusquement, localisée au côté affecté de la région lombaire. Irradiations vers la vessie, l'urètre, le canal inguinal et la grande lèvre correspondante ; souvent du ténesme vésical. Durée de quelques heures à plusieurs jours. Possibilité de trouver le gravier pathogénique dans l'urine, alors que la colique est terminée.

D. **Colique vésicale.** — Causée par la surdistension de la vessie, son inflammation ou la présence

d'un corps étranger dans sa cavité. Douleur hypogastrique, intermittente, accompagnée de ténesme vésical ; suivant les cas, la miction est tantôt possible, tantôt impossible.

E. **Colique salpingienne.** — Douleur intermittente et d'habitude peu intense, siégeant sur un des côtés de l'utérus, et s'accompagnant de l'expulsion par l'utérus de sérosité ou de pus. Ces coliques salpingiennes se produisent, en effet, dans le cas où la trompe oblitérée au niveau de son orifice péritonéal, mais perméable par son orifice utérin, se contracte pour vider son contenu dans la cavité utérine.

F. **Colique utérine.** — Comme tout muscle, l'utérus se contracte d'une façon intermittente ; ces contractions qui existent à l'état de vacuité, pendant les règles et dans leur intervalle, qui existent pareillement pendant la grossesse et les suites de couches, sont d'habitude indolores, et même passent inaperçues ; il n'en est pas de même pendant l'accouchement et l'avortement, où les coliques utérines constituent les douleurs éprouvées par la femme, et qui dans certains cas prennent une acuité excessive.

Des coliques analogues, bien que moins in-

tenses, se produisent souvent pendant les suites de couches, et sont alors désignées sous le nom de *tranchées.* Les tranehées sont rares chez les primipares, fréquentes au contraire ehez les multipares ; elles se produisent tantôt sous l'influenee d'un caillot ou d'un débri ovulaire retenu dans l'utérus, et dont la femme doit en quelque sorte aecoueher, tantôt sans cause appréeiable, avec une vacuité parfaite de la cavité utérine ; elles sont dites symptomatiques dans le premier cas, et idiopathiques dans le second.

En dehors de la puerpéralité, les coliques utérines sont loin d'être rares. Elles se produisent chez beaucoup de femmes au moment des règles et eonstituent alors la dysménorrhée, avee ou sans expulsion de fausses membranes. On les observe également dans le eas d'endométrite, alors que la sécrétion utérine s'éehappe difficilement à travers l'orifice interne ou externe trop étroit. Toute explroation intra-utérine avee l'hystéromètre, l'applieation d'un topique ou d'un caustique sont également suseeptibles de les réveiller, et il faut savoir que certaines femmes ont à eet égard l'utérus tellement sensible, que toute pénétration dans l'utérus est suivie de douleurs exeessivement pénibles, parfois au point de provoquer une syncope.

Quand une femme éprouve dans l'abdomen des douleurs qui appartiennent à la catégorie des coliques, il faut d'abord déterminer à quelle variété de coliques on a à faire ; s'il s'agit de coliques salpingiennes qui sont assez rares, ou plutôt de coliques utérines qui, au contraire, sont fréquentes, il faudra en rechercher la cause.

Déterminer d'abord si la femme est enceinte, auquel cas l'avortement ou l'accouchement seront présumables ; si la femme est accouchée récemment, il s'agit de tranchées.

Enfin en dehors de la puerpéralité, la présence de coliques utérines doit faire penser de préférence à la métrite, et appelle, en tous cas, l'attention du côté des organes génitaux ; l'examen direct pourra seul permettre de poser le diagnostic étiologique.

3. Prurit. — Le prurit est fréquent à la vulve et à l'anus. Il est parfois tellement violent, qu'il constitue pour la femme une affection d'autant plus pénible qu'elle est rebelle à la plupart des traitements.

A. **Prurit vulvaire**. – Il reconnaît trois origines :

vulvaire,
génito-urinaire,
centrale.

1° *Origine vulvaire.* — L'eczéma, l'érythème et en général toutes les affections susceptibles d'irriter la peau, peuvent produire le prurit. Ici doivent être également rangés les parasites : oxyures, pédiculi.

2° *Origine génito-urinaire.* — L'urine devient particulièrement irritante pour la vulve quand il y a glycosurie. Aussi, chez toute femme atteinte de prurit vulvaire, ne faut-il pas manquer de rechercher le diabète. Les organes génitaux profonds, vagin, utérus, trompes et ovaires, peuvent, alors qu'ils sont malades, provoquer le prurit vulvaire, soit par action réflexe, soit par l'écoulement dont ils sont la source et dont les propriétés irritantes se font directement sentir sur la surface vulvaire ; le prurit peut enfin se produire sous l'influence utérine, par l'intermédiaire de la circulation, ainsi qu'on l'observe, par exemple, pendant la grossesse où la circulation vulvaire entravée amène la coloration violacée, le développement de varices, le dépôt de

pigment et enfin, sous la même influence, le prurit.

3° *Origine centrale.* — Le prurit peut enfin reconnaître, comme cause exceptionnelle, une maladie du système nerveux.

On voit, d'après cette énumération, comment on pourra établir le diagnostic étiologique chez la femme venant se plaindre de démangeaisons vulvaires.

B. **Prurit anal.** — Il se développe dans les mêmes conditions que le vulvaire dont il est souvent le compagnon, étant donné le voisinage de ces deux régions ; mais on l'observe, en outre, à l'état isolé dans les cas de fissure anale, d'hémorrhoïdes et d'affections du rectum.

TROUBLES FONCTIONNELS

4. Aménorrhée. — On entend par .aménorrhée, la suspension temporaire ou définitive de la menstruation.

La menstruation se compose de deux phénomènes simultanés : l'un apparent, l'écoulement

menstruel ; l'autre caché, échappant à nos moyens d'investigation, la ponte ovulaire.

Quand nous disons aménorrhée, nous visons simplement l'écoulement sanguin qui se trouve supprimé. La ponte ovulaire peut se continuer malgré cette suppression de l'hémorrhagie périodique, la preuve en est dans les cas assez fréquents de conception, au cours de l'aménorrhée.

Une femme devient aménorrhéique sous des influences variées, qu'on peut ranger dans les cinq catégories suivantes :

causes génitales.
″ organiques non génitales.
″ nerveuses.
″ extérieures.
″ introuvables.

Je ne fais que rappeler ici les différentes causes qui seront étudiées en détail dans l'Aide-Mémoire consacré aux troubles de la menstruation.

1° *Causes génitales.* — La plus commune est la puerpéralité. La grossesse supprime les règles, le fait est de notion vulgaire ; de temps en temps on se heurte à une exception, aussi *de ce qu'une femme a ses règles ne doit-on pas toujours conclure qu'il n'y a pas grossesse.* Après l'accouchement les règles reviennent, en général au bout

de six semaines, désignées alors sous le nom de *retour de couches* ; quand la femme allaite, les règles ne reparaissent ordinairement qu'après la cessation de l'allaitement, mais les exceptions sont assez nombreuses, plus fréquentes que pendant la grossesse.

En dehors de la puerpéralité, les causes génitales de l'aménorrhée sont assez peu fréquentes ; mentionnons la castration, l'atrophie des ovaires et de l'utérus sous l'influence d'un processus inflammatoire chronique, enfin l'aménorrhée qui survient à l'aurore et au déclin de la vie génitale, au voisinage de la puberté et de la ménopause, *aménorrhée crépusculaire.*

2° *Causes organiques non génitales.* — Toute fièvre intense, quelle qu'en soit la cause, produit ordinairement l'aménorrhée.

Toute anémie prononcée aboutit au même résultat (obésité, diabète, albuminurie, syphilis, cancer, chlorose).

La menstruation se rétablit après la disparition de la cause.

3° *Causes nerveuses.* — Maladies du système nerveux amenant une perturbation accentuée dans le fonctionnement de l'organisme ; influence morale vive, désir ou crainte de grossesse, émotion intense.

4° *Causes extérieures.* — Impression brusque de froid ou de chaleur ; action de certains médicaments (opium, styptiques) ; impression d'odeurs fortes ; application de révulsifs ; saignée locale ou générale ; aménorrhée claustrale, causée par la vie enfermée ; aménorrhée de la lune de miel, résultat des premiers traumatismes conjugaux.

5° *Causes introuvables.* — Il existe enfin des cas d'aménorrhée où la recherche étiologique la plus attentive ne conduit à aucun résultat positif, et où le médecin est obligé de conclure à une aménorrhée essentielle ou idiopathique.

En présence d'une femme aménorrhéique, on interrogera successivement les différentes causes qui viennent d'être mentionnées, et dans les cas rares où la recherche resterait vaine, on devra conclure à l'aménorrhée essentielle.

L'aménorrhée a-t-elle, par elle-même, une influence fâcheuse sur la santé de la femme ? chez les femmes qui n'ont pas leurs règles, doit-on essayer, ainsi que le médecin en est souvent prié, de ramener l'écoulement menstruel ? D'une façon générale on peut répondre par la négative : ce n'est pas l'aménorrhée même qui rend malade, mais la cause qui la produit ; cette cause,

en dehors de la grossesse, devra être combattue par des moyens appropriés.

5° Ménorrhagie. — La ménorrhagie est le contraire de l'aménorrhée, elle est constituée par l'exagération de l'écoulement menstruel, par la menstruation profuse.

Sa valeur séméiologique est la même que celle des hémorrhagies génitales ou métrorrhagies, avec lesquelles je l'étudierai plus loin, au chapitre Génitorrhagie.

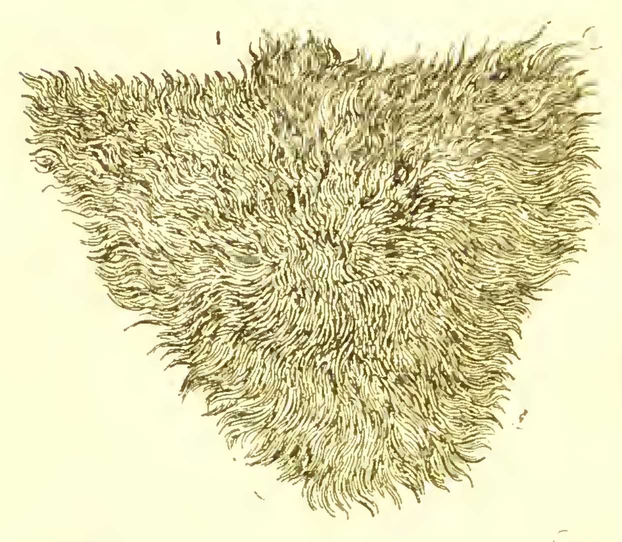
6° Dysménorrhée. — Dysménorrhée signifie menstruation douloureuse ; la douleur est constituée par des coliques utérines.

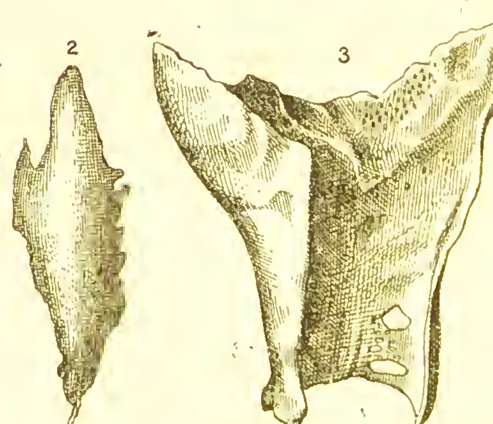
L'écoulement sanguin est tantôt normal, tantôt accompagné de pseudo-membranes, particules détachées de la muqueuse utérine ; on a fait à tort de cette dernière variété une forme à part sous le nom de *dysménorrhée pseudo-membraneuse* : ces pseudo-membranes ne sont qu'un des symptômes de la menstruation douloureuse mais n'en constituent pas une forme de nature particulière.

On distinguera ces pseudo-membranes dos

Fig. 12

1. Membrane dysménorrhéique vue sous l'eau (Simpson).





2. Portion de muqueuse utérine expulsée dans la dysménorrhée (Oldham).

3. Membrane dysmenorrhéique (Barnes).

débris d'un avortement, aux caractères suivants :

Avortement.	*Dysménorrhée.*
— Épaisseur notable.	— Épaisseur moindre.
— Grande richesse vasculaire.	— Faible richesse vasculaire.
— Villosités choriales, nettement visibles en plongeant le lambeau dans de l'eau.	— Pas de villosités ; cependant sous l'eau on aperçoit des villosités mais beaucoup plus pauvres que celles d'un œuf.
— Présence de l'œuf, (quand il peut être retrouvé).	— Pas trace d'œuf.
— Epithelium pavimenteux.	— Epithelium prismatique.

L'origine de ces troubles dysménorrhéiques est tantôt génitale et tantôt nerveuse.

1° *Origine génitale.* — Celle-ci peut résider dans les points suivants :

– utérus : tout état pathologique surtout l'inflammation ; l'étroitesse des orifices utérins.

– trompe : salpingite.

– ovaire : ovarite ; tumeurs au début.

– parametrium : tout état pathologique, surtout l'inflammation du tissu cellulaire ou du péritoine pelvien est susceptible de produire la dysménorrhée,

2° *Origine nerveuse.* — Chez un certain nombre de jeunes filles, on constate la dysménorrhée sans qu'il soit possible de trouver d'autre cause à cet état douloureux qu'une impressionnabilité exagérée du système nerveux. Quand après un examen attentif des organes génitaux nous ne découvrons aucune cause locale, il faudra admettre cette origine nerveuse comme pis aller pathogénique.

7. Stérilité. — Quand une femme stérile vient demander conseil au médecin, dans l'espoir d'obtenir une conception, un examen complet de toutes les causes pouvant empêcher la fécondation devra être fait ; cet examen ne sera pas limité à la femme mais devra aussi s'étendre au mari. L'exposé de ces différentes causes sera fait en détail dans l'Aide-Mémoire consacré à la stérilité, je me borne ici à les énoncer, renvoyant pour plus amples détails à la publication citée.

I. Causes féminines.

1° *Vulve*	Malformations. Vulvite et éruptions. Tumeurs.

2° *Vagin*	Malformations. Vaginite. Tumeurs.
3° *Utérus*	Métrites et Endométrites. Déviations utérines. Ectopie utérine. Malformations. Stenose et atrésie du canal utérin. Déformations du col. Tumeurs. Écoulements utérins.
4° *Trompes*	Salpingites. Déviations. Malformations. Tumeurs.
5° *Ovaires*	Ovarites. Déplacements. Tumeurs. Malformations. Menstruation et fécondation
6° *Périgenitalia*	Pelvi-péritonite. Tumeurs périgénitales.

7° *Surmenage génital.*

II. Causes masculines :

1° *Testicules.*	Anomalies. Atrophie. Tumeurs.

2° *Maladies du canal déférent.*

3° *Maladies des vésicules séminales.*

4° *Maladies et malformations de la prostate et de l'urètre.*

5° *Spermatorrhée.*

6° *Etats pathologiques du sperme.*

7° *Excès sexuels.*

8° *Maladies générales.— Influences diverses.*

9° *Actions médicamenteuses.*

10° *Vices de conformation des organes génitaux.*

11° *Anomalie de l'éjaculation.*

12° *Age.*

III. Causes coïtales :

1° *Erreurs du coït.*

2° *Impuissance :*

Masculine.

par défaut d'énergie.
par perversion d'énergie.
par excès d'énergie.
par trouble de l'appareil digestif.
par l'alimentation.
par obésité.
par intoxications.
par exercice ; surmenage.
d'origine nerveuse.

par abus de l'organe intellectuel.
par excès sexuel.
par maladie de l'appareil génito-urinaire.
impuissance fantôme.

féminine.

Origine morale : frigidité, coïtophobie.
Origine physique : vaginisme.

IV. Causes vagues :

1° *Maladies générales.*
2° *Maladies du système nerveux.*
3° *Hygiène et alimentation.*
4° *Gemellité.*
5° *Consanguinité et Hérédité.*
6° *Age.*
7° *Volonté.*
8° *Stérilité énigme.*

8. Troubles de la fonction sexuelle. — Les troubles de la fonction sexuelle, autrement dit du coït, peuvent être d'origine masculine ou féminine, ils ont pour aboutissant commun l'impuissance ; il ne sera ici question que de l'impuissance chez la femme.

L'impuissance chez la femme peut être d'origine :

morale :	frigidité.
	coïtophobie.
physique :	vaginisme.

A. **Origine morale.** — 1° *Frigidité.* — C'est l'absence absolue de plaisir dans l'union sexuelle qui devient une véritable corvée ; erreur de la nature qui chez certains sujets a déshérité le sens génital.

Le coït est possible et avec lui la fécondation, cette cause de stérilité n'est donc que relative ; elle diminue simplement les chances de fécondation en supprimant, du côté de la femme, l'invite aux relations conjugales.

2° *Coïtophobie.* — C'est-à-dire la crainte du coït, résulte soit de la frigidité, soit du vaginisme dont il va être question ; elle n'est également qu'une cause relative de stérilité.

B. **Origine physique.** — 1 *Vaginisme.* — Il est constitué par l'inaptitude du vagin à recevoir le membre viril au moment du coït, et reconnaît comme origine :

l'hyperesthésie,
la contracture.

a. L'*hyperesthésie*, quand la sensibilité de la vulve est telle que le moindre contact est douloureux, à tel point que la pénétration du doigt lui-même dans le vagin est impossible ou difficile.

b. La *contracture*, quand il y a contracture soit du constricteur vulvaire (vaginisme inférieur) soit du releveur de l'anus (vaginisme supérieur), soit de ces deux muscles à la fois.

Le plus souvent l'hyperesthésie et la contracture sont réunies ; l'excès de sensibilité étant le point de départ du réflexe qui produit la contracture musculaire.

Si le vaginisme est léger, le coït est possible quoique difficile, et la conception peut avoir lieu ; s'il est accentué, le coït est impossible et la stérilité obligée, bien que, dans quelques cas exceptionnels, du sperme déposé à l'orifice vulvaire ait pu pénétrer jusque dans la profondeur des organes génitaux et produire la fécondation.

SENSATIONS DE MOUVEMENTS INTRA-ABDOMINAUX.

9. — Du milieu de la grossesse, quelquefois même à partir du début du quatrième mois jusqu'au moment de l'accouchement, la femme per-

çoit nettement les mouvements fœtaux qui constituent, pour elle, un signe certain de l'existence et de la vie de l'enfant.

Toutefois, chez des nullipares, et même chez des femmes qui ont déjà eu des enfants, il peut exister, sous l'influence de contractions intestinales et de l'imagination seule, des sensations analogues, de telle sorte que la femme, trompée dans ses sensations, affirme une grossesse qui n'existe pas.

Donc, tout en ajoutant une certaine importance aux sensations de mouvements fœtaux éprouvées par la femme, sensations qui sont en général une réalité objective, il faut se garder d'en faire un signe de certitude de la grossesse.

II. INSPECTION.

—

10. Augmentation du volume abdominal. — Alors qu'il y a augmentation du volume de l'abdomen chez une femme, les deux idées pathogéniques qui naissent tout d'abord sont :

l'existence d'une grossesse ou celle d'une tumeur.

A. — La *grossesse*, soit normale soit pathologique, se reconnaîtra à ses phénomènes sympathiques habituels et au développement de l'œuf dans l'utérus si la gestation est normale, ou à côté de lui, si elle est extra-utérine.

B. — Les *tumeurs de l'abdomen*, en dehors de la grossesse qui est une tumeur physiologique, sont nombreuses ; c'est par l'exploration directe qu'on arrivera à en reconnaître l'existence.

C. — Trois autres causes peuvent encore amener l'augmentation du volume de l'abdomen, causes dont la possibilité devra toujours être présente à l'esprit du clinicien, vu les fréquentes erreurs de diagnostic qu'elles amènent, donnant lieu à ce qu'on englob sous la dénomination de *tumeurs fantômes*, ce sont :

le tympanisme,
l'obésité,
l'ascite.

1° *Tympanisme.* — Il se reconnaît à la sonorité exagérée et généralisée de l'abdomen, à ses variations, à sa disparition sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, alors qu'on est obligé d'en arriver à cette dernière ressource pour compléter un diagnostic douteux.

2° *Obésité.* — Infiltrant de graisse la paroi abdominale et l'épiploon, elle est le plus souvent généralisée à tout le corps ; quelquefois cependant elle est, chez la femme, localisée ou tellement prédominante à l'abdomen qu'elle peut donner le change sur l'existence d'une tumeur. En pinçant la paroi abdominale on s'aperçoit de son épaisseur ; l'exploration attentive ne révèle aucune tumeur nettement limitée ; le toucher vaginal montre l'état normal des organes génitaux et l'absence de grossesse que fait quelquefois supposer l'aménorrhée partielle ou totale, conséquence de l'obésité.

3° *Ascite.* — On la reconnaît à ses signes classiques, matité vers les parties déclives de l'abdomen, variant avec la position de la femme ; sensation de flot.

En cas d'augmentation du volume de l'abdomen on aura donc, en vue d'en établir la cause, à se poser les questions suivantes :

Y a-t-il tympanisme ?
" obésité ?
" ascite ?
" grossesse ?
tumeur ?

et à faire l'examen de la femme en conséquence.

11. Modifications de la coloration abdomino-génitale. — Sous l'influcnce de la grossesse, différentes régions du corps se pigmentent, notamment la ligne médiane de l'abdomen et la partié la plus saillante des grandes et des petites lèvres. La vulve dcvient, en outre, violacée, cyanosée.

La *teinte cyanotique* existe avec toute gêne de la circulation sanguine, et s'observe fréquemment dans les tumeurs pelvi-abdominales ; sa signification séméiologique, au point de vue de la grossesse, est donc de faible importance.

La *pigmentation* aurait plus de valeur, mais elle nc devicnt accentuée qu'à une époque avancée de la gestation, alors quc le diagnostic n'est plus douteux.

12. Vergetures. — Pendant la grossesse, à mesure que l'abdomen se distend, la peau sc couvre de vergetures, qui peuvent se montrer non seulement sur le ventre, mais aussi sur les cuisses, quelquefois même sur les fesses.

Ces vergetures ne sont pas spéciales à la grossese ; elles surviennent alors qu'unc cause quelconque amène un excès de tension de la pcau :

l'obésité seule est quelquefois suffisante à les produire.

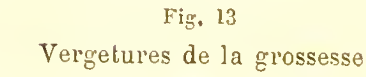


Fig. 13
Vergetures de la grossesse



Leur valeur séméiologique est donc relative au point de vue purement génital.

13. Modifications de l'ombilic. — Dans la grossesse, l'ombilic commence par se déprimer, sa dépression s'exagère ; de trois à six mois il s'aplatit, et pendant le dernier trimestre de la grossesse il devient légèrement saillant.

Dans l'ascite, la cicatrice ombilicale se déplisse quand l'épanchement acquièrt une abondance suffisante ; alors que l'épanchement est très abondant, l'ombilic devient saillant et constitue une tumeur variant du volume d'une noix à celui du poing.

Dans les volumineuses tumeurs de l'abdomen, les modifications sont analogues à celles de l'ascite ; cependant, à moins d'épanchement péritonéal, la saillie de l'ombilic est relativement rare.

Ces diverses modifications de l'ombilic doivent être connues du clinicien, mais elles ne tiendront qu'une faible place dans la discussion du diagnostic d'une tumeur abdominale.

14. Ulcérations et tumeurs des organes génitaux. — Faisant ici un chapitre d'inspection, je me limiterai aux ulcérations et tumeurs accessibles à la vue, c'est-à-dire celles qui siègent à la vulve et au col de l'utérus.

1. VULVE.

1° *Ulcérations :* [1]

contagieuses :

Herpès I

---

[1] Je joins aux ulcérations les éruptions non ulcéreuses à cause de leur analogie.

Folliculite 2
Chancre mou. 3
Manifestations syphilitiques. 4
Lupus. 5

non contagieuses :

Eczéma 6
Psoriasis. 7
Pemphigus. 8

2° *Tumeurs.*

gazeuses :

Kystes gazeux. 9
Hernies. 10

liquides :

Kystes liquides. 11
Hématome. Thrombus. 12
Abcès. 13
Tumeurs érectiles. 14
Varices. 15
Œdème. 16

solides :

Furoncles, Anthrax, Bartholinite. 17
Végétations. 18
Eléphantiasis, Hypertrophie syphilitique. 19
Fibrome, Myome, Lipome, Sarcôme. 20
Cancer. 21

Examinons sommairement les caractères distinctifs de ces diverses affections.

1. **Herpès.** — Début par de la rougeur. Formation de vésicules. Rupture des vésicules et ulcération soit arrondie et isolée, soit confluente et ayant en pareil cas des bords polycicliques c'est-à-dire formés par une série de petits cercles se continuant par leurs extrémités ; l'ulcération se recouvre bientôt d'une pseudo-membrane et ne tarde pas à se cicatriser.

2. **Folliculite.** — Inflammation des glandes de la vulve qui peut être syphilitique, chancreuse ou simple. La folliculite syphilitique coïncide d'ordinaire avec des plaques muqueuses de la vulve ; la chancreuse constitue autant de petits chancres mous, affection dont nous allons voir le caractère dans un instant ; la folliculite simple n'est autre chose que de l'acné suppurée.

3. **Chancre mou.** — Petite auréole rougeâtre survenant peu après le coït infectant, vésicule remplie de sérosité blanche ; *ulcération à fond jaunâtre et à bords taillés à pic* ; état stationnaire après un temps variable, puis cicatrisation.

4. **Manifestations syphilitiques.** — 1° *Chancre induré.* — Ulcération très superficielle, d'apparence jambonnée, reposant sur un fond induré.

2° *Syphilides.* — *a. Erosives*, c'est-à-dire à fleur de peau ; ulcérations indolentes ; pléïade ganglionnaire ; autres manifestations syphili-

tiques. — *b. Ulcéreuses*, ulcérations plus ou moins profondes, simulant un peu le chancre mou. — *c. Papulo-tuberculeuses*, saillies ulcérées.

3° *Gommes ulcérées.* — Tumeurs développées dans le tissu cellulaire, passant successivement par l'induration, le ramollissement, l'ulcération, puis guérissant par cicatrisation.

5. **Lupus.** — Tuberculose de la vulve prenant tantôt la forme ulcéreuse, auquel cas elle simule l'épithelioma, tantôt la forme hypertrophique et ressemblant à l'éléphantiasis ; affection rare, de diagnostic difficile.

6. **Eczéma.** — L'eczéma présente les mêmes formes qu'en toute autre région du corps avec cette particularité qu'il est souvent fort tenace.

7. **Psoriasis.** — On peut en dire autant du psoriasis.

8. **Pemphigus.** — Bulles de dimensions variables, contenant de la sérosité pure ou mélangée de sang.

9. **Kystes gazeux.** — Ces kystes se développent de préférence sur le vagin, et forment une série de petites tumeurs dont le volume ne dépasse pas celui d'une cerise ; affection très rare.

10. **Hernies.** — L'intestin peut arriver dans la grande lèvre, soit par le canal inguinal (hernie

labiale antérieure), soit en cotoyant les parois latérales du vagin (hernie labiale postérieure); symptômes habituels des hernies.

11. **Kystes liquides.** — Kyste de la glande de Bartholin; hydrocèle dans le reste du canal de Nück; kystes séreux du vagin.

12. **Hematôme-Thrombus.** — Accumulation de sang dans le tissu cellulaire périvaginal et vulvaire, survenant ordinairement à la suite de l'accouchement.

13. **Abcès.** — Collection liquide, survenant à la suite d'une phlegmasie de la vulve, le plus souvent après un Bartholinite.

14. **Tumeurs érectiles.** — Très rares; mêmes caractères qu'en tout autre région du corps.

15. **Varices.** — Développement exagéré des veines de la vulve, facile à reconnaître.

16. **Œdème.** — Infiltration séreuse de la vulve, dépressibilité sous la pression du doigt; s'observe à la suite des inflammations locales, des hydropisies générales, de la grossesse.

17. **Furoncles. Anthrax. Bartholinite.** — Inflammations locales aboutissant le plus souvent à la suppuration.

18. **Végétations.** — Petites tumeurs en forme de chou-fleur, indolentes, survenant le plus souvent pendant la grossesse et disparaissant petit

à petit après l'accouchement ; ne sont pas de nature vénérienne.

19. **Eléphantiasis. Hypertrophie syphilitique.** — Inflammation chronique des lymphatiques vulvaires, amenant une hypertrophie généralisée de la région ; peut dans quelques cas se développer sous l'influence de la syphilis.

20. **Fibrome. Myome. Lipome. Sarcome.** — Tumeurs très rares à la vulve ; se présentant dans cette région avec leurs caractères ordinaires.

21. **Cancer.** — Tantôt primitif, tantôt secondaire. Dans certains cas, forme ulcéreuse, dans d'autres, forme végétante ; envahissement progressif ; état général en rapport avec la maladie.

II. Col utérin

Lésions inflammatoires.	1
Ulcérations syphilitiques	2
Chancres mous	3
Herpès	4
Fibrôme	5
Cancer	6
Ulcérations traumatiques	7

A quels signes pourrons nous reconnaître ces différentes lésions ?

1. **Lésions inflammatoires.** — Inflammation de la muqueuse cervicale, débordant petit à petit l'orifice externe et venant constituer, à la surface

vaginale du col, un ectropion rougeâtre, d'aspect ulcéré, mais d'aspect seulement, car le microscope révèle au contraire, un épaississement de l'épithélium à ce niveau. Cette pseudo-ulcération est limitée au pourtour de l'orifice externe, elle suit dans son envahissement une marche excentrique, alors que les ulcérations que nous allons ultérieurement étudier sont le plus souvent périphériques, éloignées de l'orifice externe et suivent dans leur développement une marche concentrique.

2. Ulcérations syphilitiques. — 1° *Chancre induré*, très exceptionnel : ulcération jambonnée, reposant sur une base indurée ; attendre, pour se prononcer, les accidents secondaires.

2° *Plaques muqueuses* : ulcérations tantôt superficielles, tantôt profondes, tantôt reposant sur une base saillante; coïncidence d'autres accidents syphilitiques.

3. Chancres mous. — Mêmes caractères que ceux de la vulve ; coïncidence fréquente avec ces derniers.

4. Herpès. — Vésicules aboutissant à une ulcération tantôt isolée, tantôt confluente, dans ce cas, bords polycicliques, signature de l'herpès.

5. Fibróme. — Tantôt interstitiel et siégeant dans

une des lèvres du col, tantôt intra-cervical et venant faire saillie à l'orifice interne. Dans le dernier cas, la tumeur se reconnaît d'habitude sans difficulté.

6. **Cancer.** — Forme tantôt ulcéreuse et rongeante, tantôt végétante et arrivant à constituer un véritable chou-fleur néoplasique ; ichorrée ; état général cancéreux ; marche envahissante.

7. **Ulcérations traumatiques.** — Ulcération simple succédant à une opération, à une cautérisation ; les antécédents éclaireront le diagnostic.

15. Ecoulements non sanguins des organes génitaux. — Ces écoulements, résultat des sécrétions normales ou pathologiques des organes génitaux, sont désignés sous les noms de leucorrhée, ichorrhée, hydrorrhée.

Par *Leucorrhée* on entend l'écoulement, tantôt muqueux, tantôt purulent, tantôt mucopurulent qui se fait par la vulve, et dont la source peut être en un point quelconque de la surface génitale. Leucorrhée (λευκος blanc, ρεω je coule) n'est donc pas un terme absolument exact, puisque l'écoulement est parfois jaune ou jaune verdâtre, mais l'usage l'a consacré, et malgré cette légère inexactitude, mieux vaut le conserver.

Quand la leucorrhée devient *fétide* elle s'appelle *Ichorrhée* (ἰχώρ sanie) ; c'est l'odeur qui constitue le caractère pathognomonique de l'ichorrhée, de telle sorte que son diagnostic ne peut être fait qu'avec l'odorat ; la gamme des couleurs qu'est susceptible de prendre l'écoulement est très étendue, car le mélange fréquent de sang le teinte en rouge, en roussâtre, et des débris organiques mélangés au liquide en modifient plus ou moins l'aspect ; mais, la couleur est ici un accessoire, c'est l'odeur qui constitue le caractère essentiel.

L'*Hydrorrhée* (ὕδωρ eau), est l'écoulement de sérosité.

En résumé :

Leucorrhée : écoulement muco-purulent.
Ichorrhée : écoulement fétide.
Hydrorrhée : écoulement séreux.

A. **Sécrétions normales.** — Avant d'aller plus loin dans cette étude, il est indispensable de connaître les *sécrétions normales* des organes génitaux.

La vulve est naturellement humide ; à cause de ses glandes, surtout celles de Bartholin, qui sécrètent une substance grasse dont la coagulation dans les plis de la région forme le smegma,

et enfin à cause de l'écoulement qui se fait par l'orifice urétro-vaginal.

La sécrétion *vaginale* ressemble à du lait additionné d'une certaine quantité d'eau ; ce mucus opalescent est fluide et non visqueux comme celui de l'utérus ; il se coagule parfois dans l'intérieur du vagin donnant l'aspect de fragments caséeux qu'on rencontre volontiers dans les culs-de-sac, quand on fait l'examen au spéculum. Cette sécrétion est *acide.*

La sécrétion *utérine* est *alcaline ;* elle est essentiellement gluante, analogue à de la synovie dans la cavité du corps et à la solution de silicate de potasse dont on fait en chirurgie les appareils inamovibles, dans la cavité du col ; on l'a, à juste titre, comparée à des glaires, à du blanc d'œuf. Elle est transparente et n'a, à l'état normal, aucune couleur propre ; toute teinte jaune indique la présence de globules purulents, et rouge, de globules sanguins.

Le mucus des trompes est sécrété en très faible quantité et ressemble à celui qu'on trouve dans la cavité utérine.

Je résume dans la figure 14 les divers caractères qui viennent d'être énoncés.

A l'état normal, la sécrétion génitale doit être assez peu abondante pour constituer une simple

humidité à la surface de la muqueuse, sorte de

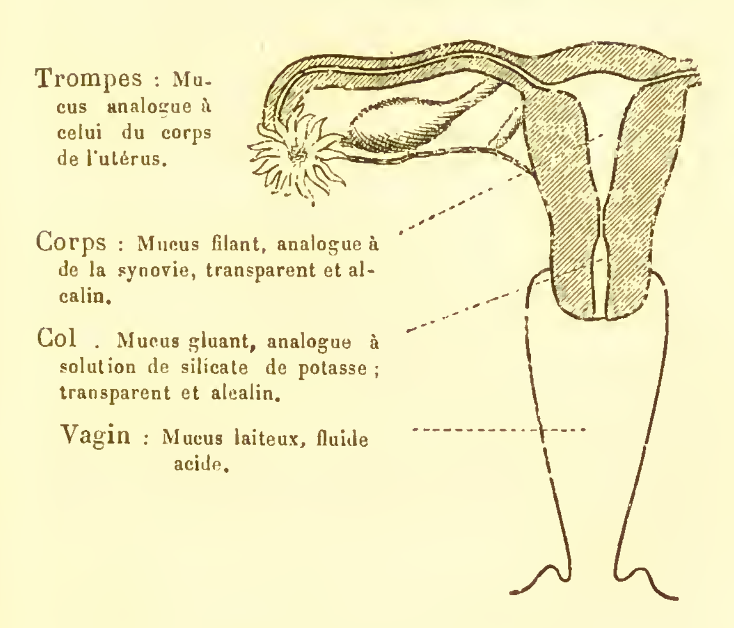


Fig. 14. — Caractères et réaction des sécrétions génitales.

rosée physiologique qui empêche le dessèchement de la muqueuse.

B. **Leucorrhée.** — Toutes les fois que la sécrétion génitale est suffisante pour s'échapper des organes génitaux et venir tacher le linge, l'*état pathologique* est constitué. Une chemise tachée indique donc un état pathologique, quelque léger

qu'il soit, en certains cas. Cet état est fréquent, à tel point qu'il n'est guère de femme qui, à un moment donné de son existence, ne l'ait pas présenté.

La leucorrhée, pendant longtemps, a été considérée comme une maladie et décrite comme telle par nombre d'auteurs ; c'est à tort, car elle n'est qu'un symptôme et ne peut être étudiée que sous cette forme, au même titre que le crachat, par exemple, ou le vomissement.

Elle constitue une sorte de langage génital, qui exprime la souffrance des organes de la génération ; au médecin, à savoir comprendre ce langage, et à saisir la maladie qu'il signifie. C'est l'étude que nous allons essayer de faire.

L'écoulement leucorrhéique se divise en deux grandes classes :

l'une purulente.
l'autre apurulente.

1° *Leucorrhée purulente.* — Elle se reconnaît à l'œil et au microscope ; à l'œil, parce qu'elle est jaune, du jaune le plus clair au plus verdâtre, alors que la sécrétion génitale ne prend jamais cette coloration à l'état normal ; au microscope, qui révèle la présence des globules purulents ; mais, en pratique, l'intervention du mi-

croscope est inutile, la coloration jaune suffit pour décéler à l'œil nu la présence du pus ; or, pus veut dire inflammation. La leucorrhée purulente est donc pathognomonique d'une inflammation des organes génitaux : vulvite, vaginite, métrite, salpingo-ovarite, inflammation périutérine. Je n'ai pas à étudier ici les différentes causes, microbiennes pour la plupart, de ces inflammations, il nous suffit de savoir que leucorrhée purulente, c'est-à-dire jaune, signifie inflammation : inflammation de la vulve et du vagin quand le liquide est fluide, de l'utérus ou des trompes quand il est visqueux ; l'examen direct éclairera et confirmera le diagnostic.

2° *Leucorrhée apurulente.* — Elle se reconnaît également à l'œil et au microscope, grâce à ses caractères négatifs. Elle n'est pas jaune et ne contient pas de globules purulents. Elle est laiteuse dans le vagin, transparente dans l'utérus ; le microscope y révèle des celulles épithéliales en nombre variable.

Cet écoulement était désigné autrefois sous le nom de *catarrhe*, mot inutile à conserver, car il n'a pas de signification précise.

Cette hypersécrétion génitale qui peut être momentanée ou prolongée, se produit sous l'influence des causes les plus diverses dont quel-

ques-unes, difficilement explicables, paraissent néanmoins prouvées par l'observation clinique.

Parmi les causes de *leucorrhée apurulente momentanée* je signalerai l'excitation sexuelle par le coït ; la masturbation ; l'influence de certains aliments ou boissons, par exemple le café au lait, bien que cette dernière cause paraisse bizarre et soit un peu tournée en ridicule par les auteurs modernes, elle est si nettement affirmée par les auteurs anciens, et si ancrée dans l'esprit du public qu'elle doit cependant avoir un fond de vérité ; il ne répugne pas d'ailleurs d'admettre que certains aliments ou médicaments puissent amener l'hypersécrétion de certaines muqueuses, comme l'iodure de potassium, par exemple, pour la muqueuse nasale.

Les *causes* de la *leucorrhée apurulente prolongée* sont multiples ; on s'est plu à en grossir le nombre, je ne m'arrêterai qu'aux influences les plus nettes :

Corps étrangers occupant le vagin ou la cavité utérine ; pessaires ; vêtements serrés gênant la circulation génitale ; affections perigénitales, c'est-à-dire les inflammations ou les tumeurs développées autour du vagin ou de l'utérus, qui amènent par leur influence de voisinage l'hypersécrétion de la surface génitale ; l'ovarite et les tumeurs ova-

riennes agissent dans le même sens; constipation opiniâtre; action du froid sur les extrémités; de même que certaines personnes ont un rhume de cerveau aussitôt qu'elles ont les pieds froids, de même d'autres ont de la leucorrhée, sorte de rhume génital. Au dire de quelques auteurs, la leucorrhée serait plus fréquente dans les pays du Nord que dans ceux du Midi; si le fait est vrai, il pourrait reconnaître pour cause l'influence de la température. Certaines diathèses ont été incriminées : la scrofuleuse paraît seule avoir une action réelle; il est certain que les femmes atteintes de scrofule sont sujettes à des leucorrhées persistantes que guérit seul le traitement général.

Enfin, dans les causes de la leucorrhée apurulente, il convient de faire une place à part à la puerpéralité. La grossesse, par la congestion génitale intense qu'elle provoque, est une cause fréquente de leucorrhée. Certaines femmes savent reconnaître le début d'une grossesse à l'apparition de pertes blanches.

Les suites de couches sont accompagnées d'une leucorrhée de caractère spécial, connue sous le nom de *lochies;* cet écoulement ne saurait être comparé à la leucorrhée ordinaire purulente ou apurulente, car elle appartient ici à un phéno-

mène tout spécial, propre au postpartum : la régression utérine.

Je rappelle, en terminant, les deux grandes classes de leucorrhées (purulente et apurulente), établies au début de cette étude étiologique. La variété de leucorrhée étant reconnue soit au microscope, soit plus simplement par la simple inspection, on saura, par l'examen direct, remonter à la cause de l'écoulement, et, la cause étant établie, on pourra la combattre par un traitement approprié ; car, la leucorrhée est un état pathologique qui réclame toujours une thérapeutique, et qu'il faut guérir, ne serait-ce que pour débarrasser la femme de l'infirmité qu'elle constitue.

C. **Ichorrhée.** — Elle s'observe dans deux circonstances : avec le cancer ; avec toute putréfaction intra-génitale.

L'odeur caractéristique du cancer utérin est classique, et un odorat fin sait soupçonner un cancer peu avancé, alors qu'avec un néoplasme ancien l'odeur devient tellement nauséabonde qu'elle crée autour de la malade une atmosphère insupportable.

Tout corps se putréfiant dans le vagin, dans l'utérus ou dans le voisinage, produit une odeur analogue : tels, un fœtus ou un placenta putréfié, un fibrôme subissant des phénomènes gangréneux ou enfin le sphacèle d'une portion quelconque du tissu génital. Cette cause d'ichorrée est beaucoup moins fréquente que le cancer, l'examen direct permettra seul d'en établir le diagnostic.

C. **Hydrorrhée.** — Cet écoulement se produit le plus souvent pendant la puerpéralité, mais il peut aussi exister en dehors d'elle.

1° *Hydrorrhée puerpérale.* — Elle se montre pendant la grossesse, tantôt constituée par la rupture de l'œuf, *hydrorrhée amniotique* ; tantôt, sans rupture de l'œuf, par l'inflammation plus ou moins localisée de la caduque et de ses glandes, *hydrorrhée déciduale.* Il y a, dans ce dernier cas, soit une transsudation du liquide contenu dans l'œuf à travers la paroi enflammée, soit plutôt une *endométrite séreuse* ; pourquoi séreuse et non muco-purulente, comme dans les cas ordinaires ? C'est ce qu'il est impossible d'expliquer.

Le diagnostic entre ces deux variétés d'hydrorrhée est important, car avec la rupture de

l'œuf, l'avortement ou l'accouchement prématuré se fait ordinairement peu attendre, tandis qu'avec l'œuf intact l'hydrorrhée n'empêche pas la grossesse d'atteindre son terme normal. Malheureusement, ce diagnostic est, en pratique, des plus ardus et le seul signe différentiel de réelle importance est le premier flot de liquide : abondant d'habitude avec la rupture de l'œuf ; au contraire, rare avec l'hydrorrhée déciduale.

2° *Hydrorrhée apuerpérale.* — C'est presque une curiosité pathologique : elle s'observe avec l'hydromètre et l'hydrosalpinx, alors que l'orifice utérin ou celui de la trompe ne sont pas complètement oblitérés et livrent, de temps en temps, passage à une partie de la sérosité retenue soit dans l'utérus, soit dans la trompe.

16, Ecoulements sanguins des organes génitaux. — (Génitorrhagie). — Les hémorrhagies génitales que j'englobe sous la dénomination de *génitorrhagies*, peuvent provenir : de la vulve, du vagin, de l'utérus, des trompes, des ovaires ou des tissus voisins à la suite d'une blessure.

Quand il y a simplement exagération de l'écoulement menstruel, on dit qu'il y a *ménorrhagie.* L'exagération peut exister :

quant à la quantité,
" à la durée,
à la fréquence,
de l'hémorrhagie menstruelle.

Le sang peut s'échapper des organes génitaux :

soit pur,
" en caillots,
" mélangé à du pus, des mucosités, de la sanie.

L'état caillebotté du sang est de faible importance ; il indique seulement qu'il y a eu séjour plus ou moins prolongé dans la cavité utérine ou vaginale. Toutefois, le caillot pourrait prendre de l'importance s'il renfermait, dans son intérieur, un embryon, un œuf entier, des débris ovulaires ou des débris de tissus organiques entraînés par le sang. Aussi ne faut-il jamais omettre d'examiner attentivement les caillots qui s'échappent des organes génitaux, uniquement à cause de ce qu'ils peuvent recéler.

Le mélange au sang, de mucosités, de pus, d'ichorrhée, doit-être pris en sérieuse considération, car ces divers écoulements sont symptomatiques d'états pathologiques spéciaux, au diagnostic desquels ils pourront conduire.

Quand il existe une hémorrhagie génitale, il faudra préalablement, par l'examen direct si on assiste à l'écoulement sangin, en déterminer la provenance :

vulvaire,
vaginale,
utéro-salpingo-ovarienne.

Il est facile de reconnaître quand le sang vient de la vulve ou du vagin, même au cas où l'hémorrhagie serait arrêtée, car on pourrait toujours découvrir la plaie hémorrhagipare.

Ce diagnostic différentiel devient ardu et ordinairement impossible, quand il s'agit de déterminer si l'écoulement sanguin prend sa source à la surface de l'utérus, de la trompe ou de l'ovaire. L'origine utérine étant admise comme la plus fréquente, ou se contente en pareil cas de dire métrorrhagie, et on cherche la maladie étiologique soit au niveau de l'utérus, soit de la trompe, soit de l'ovaire ; puis on dirige le traitement contre l'organe reconnu malade, sans se préoccuper autrement de la source du sang.

Les *hémorrhagies* d'origine *vulvaire* et *vaginale* résultent :

d'un traumatisme accidentel, conjugal, obstétrical ;
de la rupture d'une varice ;
de l'ulcération produite par un néoplasme.

Leur cause de beaucoup la plus fréquente est l'accouchement qui presque toujours, 95 % [1], entame plus ou moins la vulve.

L'hémorrhagie hyménéale de la défloration est en général de faible abondance ; cependant, en quelques cas, elle prend une importance suffisante pour nécessiter l'assistance médicale.

Les causes des *métrorrhagies* peuvent être groupées en cinq catégories :

causes génitales : puerpérales, apuerpérales ;
" organiques non génitales ;
" nerveuses ;
" extérieures ;
introuvables.

1. Causes génitales. — Ces causes doivent être considérées pendant la puerpéralité et pendant l'état de vacuité de l'utérus.

---

(1) AUVARD. — *Travaux d'obstétrique* t. II, p. 554.

a. Puerpéralité. — Pendant la *grossesse* le sang peut provenir du col ou du corps de l'utérus.

Col : endométrite ; ruptures de varices ; fibrome ; cancer. L'examen direct au spéculum permettra d'établir le diagnostic.

Corps : en dehors de la môle hydatiforme et de la grossesse extra-utérine, l'hémorrhagie qui provient du corps de l'utérus résulte, presque toujours, du décollement d'une portion du placenta, que ce placenta soit normal ou qu'il soit vicieusement inséré, prœvia. L'abondance et la persistance de l'écoulement seront ici le meilleur élément de pronostic : avec une hémorrhagie abondante et persistante, il y a lieu de craindre l'interruption de la grossesse. Quant à savoir si le placenta est normalement ou vicieusement inséré, on se basera, pour établir ce diagnostic, sur l'époque d'apparition de l'hémorrhagie et sur les signes fournis par l'insertion vicieuse à l'examen direct. L'hémorrhagie abondante, qui survient brusquement, pendant les trois derniers mois de la grossesse, est presque pathognomonique du placenta prœvia.

Les autres signes de l'insertion vicieuse consistent dans la sensation d'éponge prœfœtale ; et, quand le col est ouvert et perméable à l'ex-

trémité du doigt, dans la perception directe du bord ou de la surface placentaire.

Au moment de l'*accouchement*, en dehors du placenta prœvia qui est fréquemment cause d'hémorrhagie, on trouve, surtout après l'expulsion du fœtus, les traumatismes du col ; et, surtout après le décollement placentaire, l'inertie utérine, qui est la cause la plus importante et la plus redoutable de l'hémorrhagie, à ce moment.

Pendant le *postpartum*, l'écoulement sanguin des premiers jours, est normal ; l'hémorrhagie ne devient pathologique que par son abondance ou son apparition tardive, et résulte, en pareil cas, soit du retard de l'involution utérine, soit de la rétention des débris ovulaires (membranes ou placenta).

Les hémorrhagies, qui surviennent pendant l'*allaitement*, dépendent de causes analogues ; la succion de l'enfant provoque souvent ou accentue un écoulement sanguin provenant de l'utérus, probablement en sollicitant une contraction de l'organe qui expulse ainsi le sang épanché dans son intérieur. Quant à l'hémorrhagie périodique, qui tous les mois se produit quelquefois chez les nourrices, elle n'est autre chose que la réapparition des règles qui cons-

titue, comme nous le savons, une exception à cette période de la puerpéralité.

b. Vacuité. — Les métrorrhagies ont pour origine : l'utérus, la trompe ou l'ovaire.

Utérus : ulcération ; tumeur et traumatisme du col ; au niveau du corps trois causes principales, en dehors des traumatismes assez rares dans cette région, ce sont : la métrite, le fibrome, le cancer.

Trompe : le rôle hémorrhagipare des trompes est encore mal déterminé, toutefois il semble que l'inflammation et les tumeurs de ces organes puissent y prédisposer.

Ovaire : l'activité ovarienne est la source de l'hémorrhagie menstruelle, sa suractivité conduit à une véritable hémorrhagie : on observe cette suractivité dans la plupart des processus inflammatoires de l'organe, au moins à leur début.

2. Causes organiques non génitales. — Ce sont les cardiopathies ; puis les fièvres infectieuses : fièvre typhoïde, fièvres éruptives, ictère grave.

3. Causes nerveuses. — Il faut signaler, dans ce groupe, les hémorrhagies utérines de cause psychique, survenant, par exemple, à la suite d'une vive émotion.

4. Causes extérieures. — Ce sont les trauma-

tismes ; par exemple, le coït avec organes disproportionnés, les vêtements trop serrés.

5. **Causes introuvables.** — Enfin dans certains cas il est impossible de trouver une cause ; on dit alors que l'hémorrhagie est essentielle ou idiopathique.

La recherche attentive et successive de ces diverses causes nous conduira au diagnostic étiologique.

III. PALPATION-PERCUSSION

—

17. **Tympanisme abdominal.** — Le tympanisme abdominal ou météorisme peut résulter, en cas de péritonite septique, de l'accumulation de gaz dans la cavité péritonéale ; mais, son mécanisme ordinaire est la simple surdistension gazeuse du tube digestif.

Cette susdistension se rencontre dans trois conditions :

1° Formation excessive de gaz, résultant d'une digestion anormale : ainsi qu'on l'observe dans l'indigestion et la dyspepsie où les malades se plaignent si souvent de ténesme abdominal.

2° Manque de tonicité des parois abdominales et intestinales : ainsi qu'on le voit chez les hystériques et chez les femmes dont la statique abdominale a été délabrée par des grossesses nombreuses.

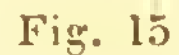
3° Obstacle au cours des matières : alors qu'il y a un rétrécissement ou une occlusion de l'intestin.

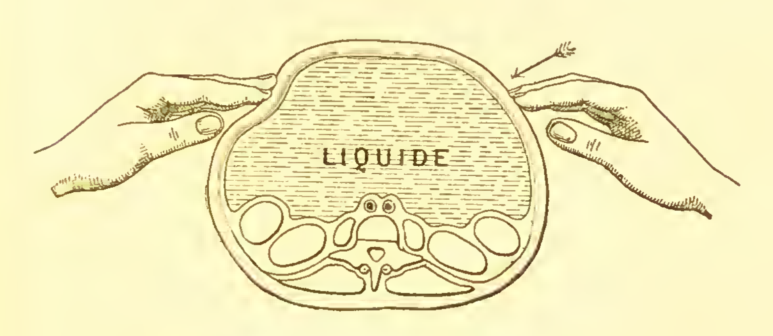
Le tympanisme est fréquent chez la femme, surtout quand il existe une maladie génitale. Son mécanisme de production est, dans ce dernier cas, tantôt la dyspepsie, compagne habituelle des génitopathies, tantôt l'hystérie dont les manifestations sont exagérées par la maladie génitale, tantôt enfin la multiplicité des accouchements antérieurs, cause à la fois de la maladie génitale et de la faiblesse intestinale qui conduit au tympanisme.

18. Fluctuation abdominale. — Par fluctuation on entend la sensation que fournit à la

main le déplacement provoqué du liquide contenu dans la cavité abdominale.

Cette sensation peut se traduire de deux manières :





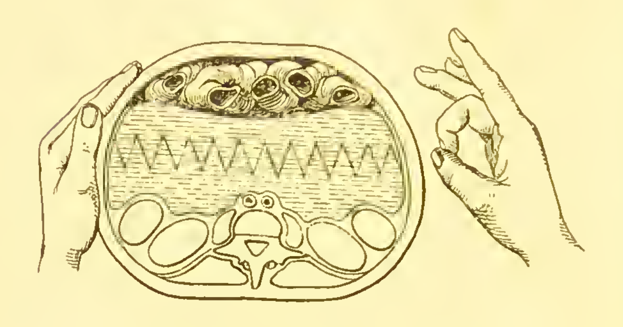
Fluctuation; sensation de soulèvement.

— Tantôt (*fig.* 15), la main, déprimant la collection liquide en un point, si en une région opposée on exerce une pression suffisamment énergique, la première main est soulevée par le déplacement de liquide ; sensation de soulèvement, c'est la fluctuation proprement dite ;

— Tantôt (*fig.* 16), une main étant simplement appliquée sur la paroi abdominale, l'autre du côté opposé imprime un choc brusque, donne une chiquenaude, par exemple, à la paroi. Ce

choc imprime au liquide une brusque secousse,

Fig. 16



Fluctuation ; sensation de flot.

qui donne à la première main une sensation de flot. Donc :

sensation de soulèvement ;
" de flot.

1° *Sensation de soulèvement.* — Elle existe dans tous les cas de poche suffisamment accessible et volumineuse, comme dans les kystes monoculaires ou pauciloculaires de l'ovaire ; elle existe aussi dans la grossesse normale. Toutefois, de ce que cette sensation fait défaut, on ne saurait conclure à la non fluidité du contenu de la tumeur, car alors que la tension intra-kystique

est très prononcée, ou lorsque le kyste est multiloculaire, elle peut faire défaut.

2° *Sensation de flot.* — Elle se produit dans trois circonstances différentes :

a. Avec l'ascite ; c'est, en somme, la cause la plus fréquente de sa production.

b. Avec l'hydramnios dans la grossesse ; quand la grossesse est normale, la sensation de flot n'existe pas, mais elle se produit quand la quantité de liquide devient surabondante ; la recherche du flot devient, en pareil cas, un signe important.

c. Avec certains kystes monoloculaires volumineux, avec faible tension du liquide à l'intérieur, quand, par exemple, une certaine quantité de ce liquide a été évacuée par une ponction exploratrice.

19. Tumeurs abdominales. — Je m'occupe exclusivement ici des tumeurs abdominales qui sont accessibles à la percussion et à la palpation.

Pour arriver au diagnostic d'une tumeur abdominale, il faut se baser sur l'étude attentive des éléments suivants :

A. **Antécédents.** — L'histoire du développement d'une tumeur, même avec toutes les inexactitudes que comporte le récit d'une malade a, la plu-

part du temps, une grande importance pour établir son diagnostic.

B. **Troubles fonctionnels.** — Ces troubles se manifestent du côté de l'organe atteint : foie, tube digestif, rein, etc. ; ils indiquent soit le point de départ de la tumeur, soit l'envahissement ou la compression de l'organe souffrant par le processus néoplasique.

C. **Siège de la tumeur.** — Quand une tumeur devient volumineuse (kyste de l'ovaire, hypertrophie considérable de la rate) qu'elle envahit tout l'abdomen, la question de siège devient secondaire ; mais, quand elle est petite, qu'on peut nettement la localiser, à moins qu'elle n'appartienne à la paroi abdominale même, on observe en général les relations suivantes :

Hypochondre droit.	Tumeur du foie.
// gauche.	// de la rate.
Epigastre.	// de l'estomac.
Ombilic.	// de l'intestin grêle.
Flancs.	// des reins.
Fosse iliaque droite.	// du cœcum.
Fosse iliaque gauche.	// de l'S iliaque.
Hypogastre.	// de la vessie, de l'utérus, du rectum.

D. **Sonorité de la tumeur.** — Si la tumeur donne

à la percussion un son tympanique, elle est gazeuse (emphysème survenant à la suite d'une rupture traumatique d'anse intestinale), ou recouverte d'intestin ; si au contraire elle est mate, cas habituel, son contenu est solide ou liquide. La percussion permettra, en outre, de délimiter les contours de la tumeur, et d'apprécier les relations avec les organes voisins.

En cherchant par la percussion, la sonorité d'une tumeur, on trouvera quelquefois sans s'y attendre un frémissement spécial, le frémissement hydatique, qui est pathognomonique de l'existence d'un kyste hydatique.

E. **Consistance de la tumeur.** – La fluctuation indiquera une tumeur liquide, la rénitence ou résistance une tumeur solide. La consistance des tumeurs polykystiques, à la fois solide et liquide, est souvent très difficile à apprécier : témoin les kystes multiloculaires de l'ovaire.

F. **Mobilité de la tumeur.** — Certaines tumeurs comme celles de la rate, des reins peuvent être très mobiles et voyager en quelque sorte, dans tout l'abdomen ; cette mobilité même devra mettre l'attention en éveil et empêcher de commettre une erreur d'interprétation sur le siège d'origine.

IV. AUSCULTATION

—

20. Bruits intra-abdominaux. — L'oreille appliquée médiatement ou immédiatement sur l'abdomen d'une femme, permet d'entendre :

des bruits intestinaux.
" vasculaires.
" fœtaux.

1° *Bruits intestinaux.* — Ils n'ont aucune importance séméiologique.

2° *Bruits vasculaires.* — Pendant la grossesse, à la surface de l'utérus, mais de préférence au niveau de l'insertion des ligaments larges, on entend un souffle isochrone aux pulsations maternelles et qui se produit dans les vaisseaux utérins, on entend parfois le même souffle dans certains cas de tumeur utérine, de telle sorte qu'on ne saurait faire de ce bruit vasculaire un signe pathognomonique de la grossesse.

3° *Bruits fœtaux.* — Il n'en est pas de même des bruits fœtaux qui révèlent la présence cer-

taine d'un fœtus vivant. Ces bruits sont de trois sortes :



Fig. 17. — Double battement fœtal.

1. Premier bruit assez fort. — 2. Petit silence.
3. Second bruit plus sourd. — 4. Grand silence.

– double battement fœtal produit par le fonctionnement du cœur de l'enfant.

– souffle fœto-funiculaire, dépendant tantôt d'un vice de fonctionnement cardiaque chez le fœtus (souffle fœtal), tantôt de la compression du cordon (souffle funiculaire).

– mouvements fœtaux : chocs et frottements produits par le déplacement du fœtus dans la cavité ovulaire.

Quelle que soit la variété des bruits fœtaux perçus, elle indique, alors qu'elle est nette, non seulement l'existence de la grossesse, mais celle d'un fœtus vivant.

V. TOUCHER

—

21. Modifications du vagin. — Le doigt qui pénètre dans le vagin peut, en dehors des tumeurs qu'il rencontre et dont il sera ultérieurement question, fournir d'intéressantes indications.

1° *Puerpéralité.* — Un vagin, sec ou peu humide sur lequel le doigt glisse difficilement, indique, au terme de la grossesse, l'absence de travail ; les douleurs de l'accouchement amènent en effet l'écoulement de glaires, qui rendent le vagin très glissant.

Une paroi vaginale granuleuse, parsemée de petites saillies analogues à des têtes d'épingles, indique l'existence d'une vaginite granuleuse, inflammation fréquente pendant les derniers temps de la grossesse ; quand on sent ces granulations on peut affirmer que la femme perd du pus ; elle confirmera ce dire.

Dans les derniers temps de la grossesse, alors

que la partie fœtale est profondément engagée, il arrive souvent de sentir, dans le cul-de-sac antérieur, des pulsations artérielles synchrones aux battements de la mère ; ces pulsations, connues sous le nom de *pouls vaginal d'Osiander*, sont tout simplement produites par les artères d'un certain volume qui, grâce à la résistance offerte par le fœtus, fournissent au doigt des pulsations perceptibles.

Je mentionnerai encore, pendant la grossesse, les replis du vagin en forme de diaphragme ou d'accordéon.

2° *Vacuité.* — En dehors de la puerpéralité, le vagin fournit, par lui-même, peu de signes intéressants, il n'est en quelque sorte que l'antichambre que le doigt se presse de traverser pour arriver jusqu'à l'utérus. Cependant, en cas de plaie, de tumeur vaginale ou périvaginale, le toucher pourra fournir des renseignements intéressants au point de vue du diagnostic.

22. Modifications du col utérin. — Les modifications que le doigt explorateur constate au niveau du col utérin portent sur :

sa situation,
sa consistance,
sa forme.

1° *Situation.* — Le col, placé sur la ligne médiane au fond du vagin, est orienté de telle sorte que son axe est perpendiculaire à celui du vagin. De nombreuses causes peuvent modifier sa situation normale, telles les déviations utérines y compris le prolapsus, les tumeurs génitales, la grossesse, pour ne citer que les principales. Le déplacement du col peut avoir lieu vers l'un des culs de sac, dans lequel il semble se cacher, ou dans la direction de la vulve, alors qu'il y a prolapsus. Ces divers déplacements n'ont, au point de vue séméiologique, qu'une importance secondaire, sauf au moment de l'accouchement où une déviation accentuée peut rendre le col inaccessible et gêner le diagnostic obstétrical.

2° *Consistance.* — Le col, à l'état normal, présente une consistance à peu près analogue à celle formée par l'extrémité de la langue volontairement pointée hors de la bouche. Le col se ramollit au moment des règles, et pendant la première période de la métrite ; il se durcit à la suite d'un processus inflammatoire prolongé et peut prendre alors une véritable consistance ligneuse. Le ramollissement est surtout notable pendant la grossesse ; il se fait de la superficie vers la profondeur. Chez la multigeste, ce ramollissement a un envahissement un peu arbitraire ;

il est plus régulier chez la primigeste. Au huitième mois toute la portion intra-vaginale est ramollie ; à terme, quel que soit le nombre des grossesses antérieures, tout le col est ramolli jusqu'à l'isthme ; ce ramollissement est nécessaire pour faciliter le travail de l'accouchement.

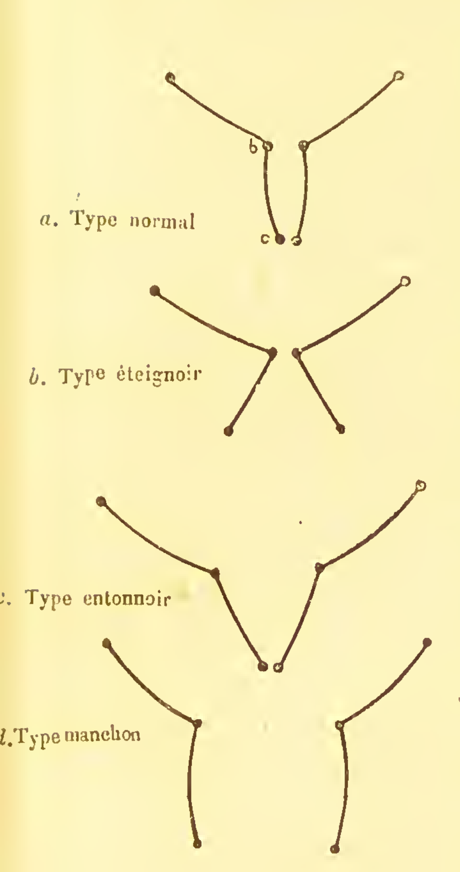


Fig. 18.
Différentes formes du col pendant la grossesse.

3° *Forme*. — Les modifications de forme qui surviennent sous l'influence de la puerpéralité, sont les plus intéressantes et les plus importantantes.

Pendant la *grossesse*, la *figure* 18 nous montre quelles sont les différentes formes que peut revêtir le col.

Quand le col est normal (*fig.* 18 *a*). Les deux orifices externe et interne sont fermés ; le canal cervical n'est par conséquent pas perméable au doigt explorateur.

Si l'orifice externe, par le fait même du ramollissement exagéré du col s'entr'ouvre, la cavité cervicale devient accessible au doigt (*fig.* 18 *b*) qui peut arriver jusqu'au voisinage de l'orifice interne, le col prend la forme d'un *éteignoir*.

Si cet orifice externe est lui-même entr'ouvert ainsi qu'on l'observe fréquemment chez les grandes multipares, on peut arriver à sentir directement la membrane ovulaire et derrière elle la partie fœtale qu'elle recouvre.

Dans d'autres cas, beaucoup plus rares que le précédent, l'orifice externe reste fermé, mais l'interne s'ouvre donnant au col la forme d'un *entonnoir* (*fig.* 18 *c*).

Enfin les deux orifices interne et externe peuvent s'ouvrir plus ou moins largement, de telle sorte que le canal cervical devient facilement perméable au doigt dans toute sa longueur ; dans ces conditions il forme un véritable *manchon* qui conduit du vagin à la cavité corporéale de l'utérus (*fig.* 18 *d*).

Au moment de l'accouchement, le col s'efface puis se dilate. La réunion de l'effacement

et de la dilatation aboutissent, comme résultat, à l'ouverture du col, qui va laisser passer le fœtus au dehors.

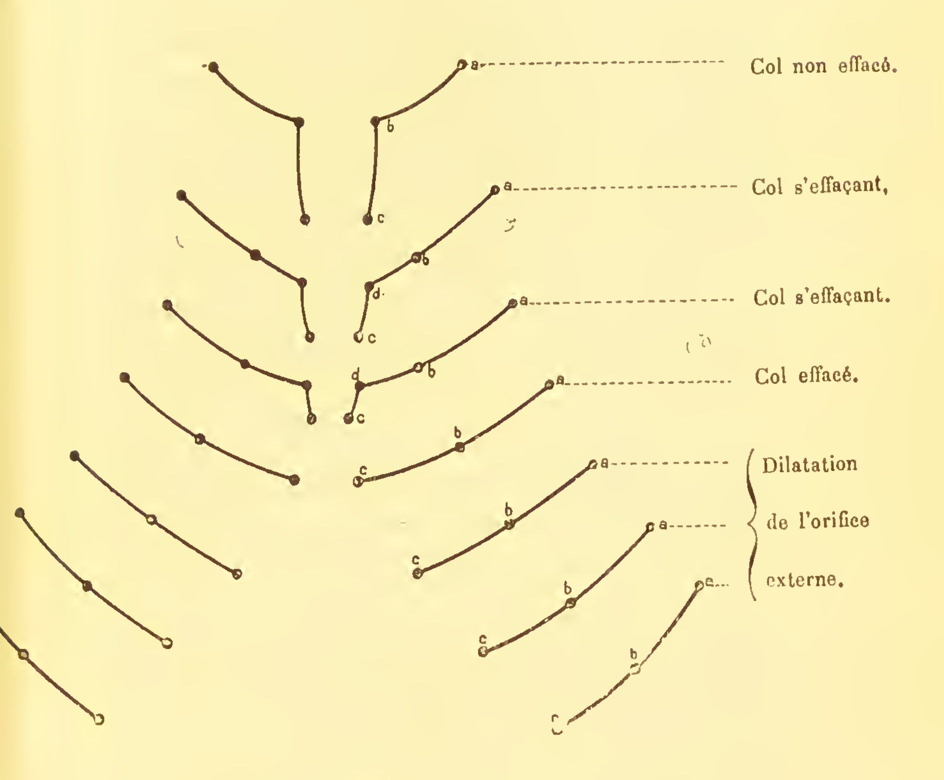


Fig. 19. — Effacement du col et dilatation de l'orifice externe.

La *figure* 19 nous fait assister à l'effacement et à la dilatation du col utérin.

Le point *a* est la coupe de cercle utérin.

Le point *b* est la coupe de l'orifice interne.

Le point *c* est la coupe de l'orifice externe.

La ligne *ab* représente la paroi du segment inférieur alors que l'effacement n'est pas commencé, et la ligne *bc* la paroi du col utérin.

A mesure que l'effacement se produit, c'est-à-dire que la paroi du col vient se confondre avec celle du corps, l'orifice interne est remplacé par un orifice de nouvelle formation représenté en *d*. Ce point *d* orifice de nouvelle formation ou *pseudo orifice interne* est encore appelé *orifice de Müller.*

Cet *orifice de Müller* ne doit pas être confondu avec l'*anneau de Baude* qui se trouve en *a*, c'est-à-dire à l'union des segments inférieurs et supérieurs de l'utérus.

Quand l'effacement est complet, l'orifice de Müller a disparu, car il se confond avec l'orifice externe *c*. A partir de ce moment l'ouverture du col qui jusque-là s'appelait *effacement* prend le nom de *dilatation*, et se complète jusqu'à devenir suffisante pour livrer passage au fœtus.

Après l'*accouchement*, le col se referme ainsi que l'indique la *fig*. 20 ; à ce moment, le véritable orifice interne se trouve au niveau du cercle utérin ; puis, le col subit un travail de régression,

qui le reforme petit à petit jusqu'au retour à l'état normal.

Pendant la *régression utérine* tout l'utérus s'atrophie; la partie de l'organe située au-dessus du cercle utérin constitue le corps de l'utérus proprement dit, la portion située entre le cercle utérin et l'orifice interne forme l'isthme, et celle entre les orifices interne et externe, le canal cervical.

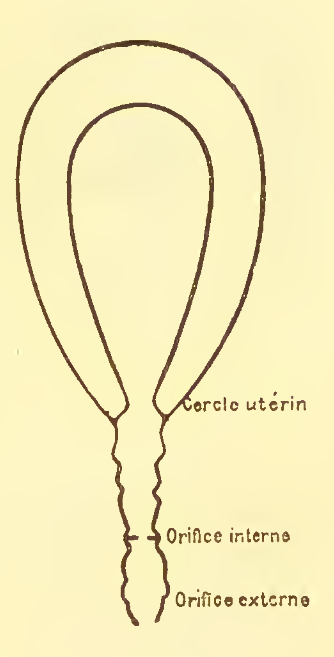


Fig. 20
Utérus et col utérin après l'accouchement.

En *dehors de la puerpéralité*, les déformations du col sont nombreuses, et reconnaissent comme causes principales les suivantes :

1° *Traumatismes.* — L'orifice externe de l'utérus a été plus ou moins profondément déchiré, du tissu cicatriciel est venu combler les brèches cervicales modifiant ainsi que l'indique la *fig.* 21 · l'aspect du col, qui, au lieu de sa surface arron-

die normale est capricieusement sillonné. Ces

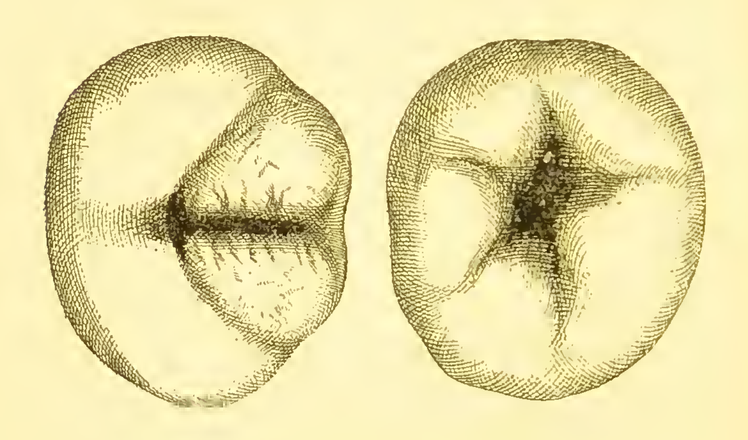


Fig. 21. — Déchirure du col (Mundé).

traumatismes qui ont pour origine à peu près constante l'accouchement, n'ont pas comme seul inconvénient d'altérer la forme du col, mais le tissu cicatriciel dont ils sont la source constitue souvent autant de clous douloureux qu'on arrive à guérir seulement par le bistouri, en enlevant la cicatrice douloureuse, et en reconstituant l'organe par une opération plastique.

Ces déchirures s'associent le plus souvent à l'inflammation dont nous allons maintenant voir les effets.

2° *Inflammation.* — L'inflammation de la muqueuse cervicale, qui se complique bientôt de

celle du muscle enveloppant, la myométrite suc-

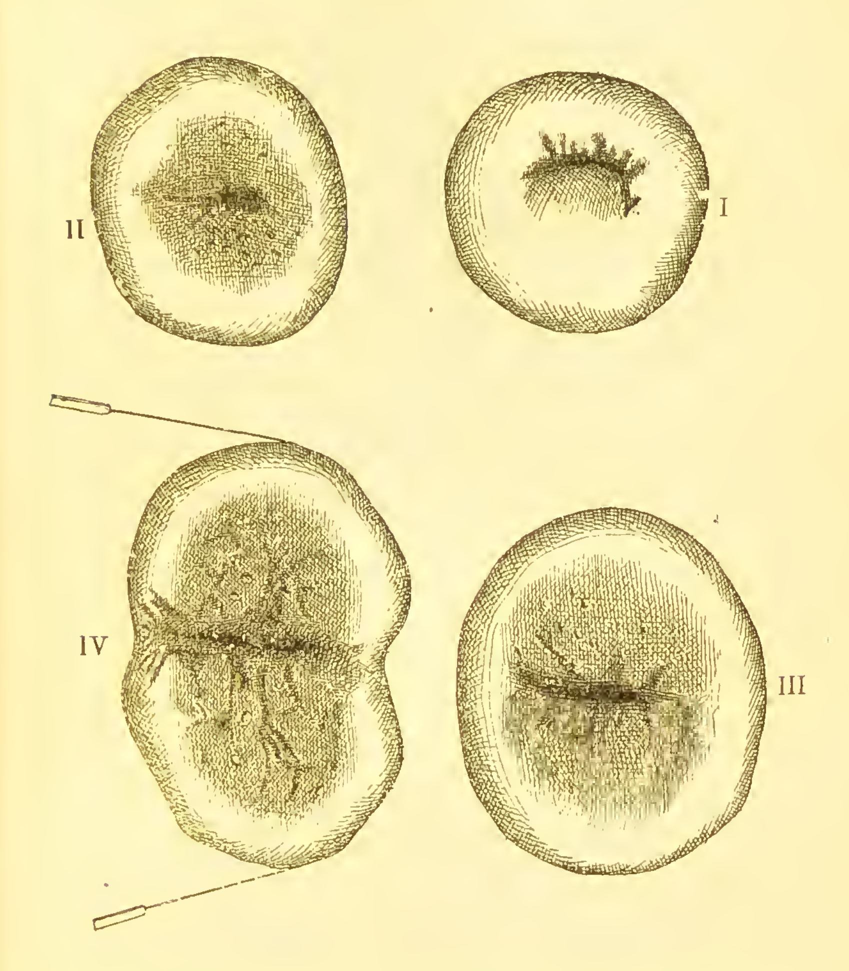


Fig. 22. — Formation de l'ectropion cervical (Mundé).

cédant à l'endométrite, amène des déformations

du col perceptibles au toucher et surtout à la vue au moyen du spéculum.

Cette déformation, résultat de l'inflammation, se produit ainsi qu'il suit :

La muqueuse enflammée s'hypertrophie, et se trouvant trop à l'étroit dans le canal cervical vient faire saillie à l'orifice externe, constituant ainsi l'*ectropion*, par analogie avec ce qui se passe au niveau des paupières en cas de conjonctivité.

La saillie est d'abord très peu sensible (p. 22, I) puis, si l'inflammation continue à s'aggraver, si le tissu musculaire voisin se prend, augmentant ainsi l'intensité du processus pathologique, l'ectropion augmente (*fig.* 22, II, III); enfin, si avec l'inflammation coexiste une déchirure unie ou bilatérale, et si on écarte avec des crochets les deux lèvres du col ainsi détachées l'une de l'autre, la muqueuse cervicale devient accessible dans la plus grande partie de son étendue (*fig.* 22, IV).

3° *Hypertrophie.* — Le col peut encore être déformé par suite d'un processus hyperplasique qui amène son allongement plus ou moins accentué. L'allongement peut être léger et ne mesurer que 3 ou 4 centimètres ainsi que l'indique la *figure* 23. Le doigt explorateur rencontre alors dans le vagin le cylindre constitué par le col, au

sommet duquel se trouve l'orifice utérin. Les

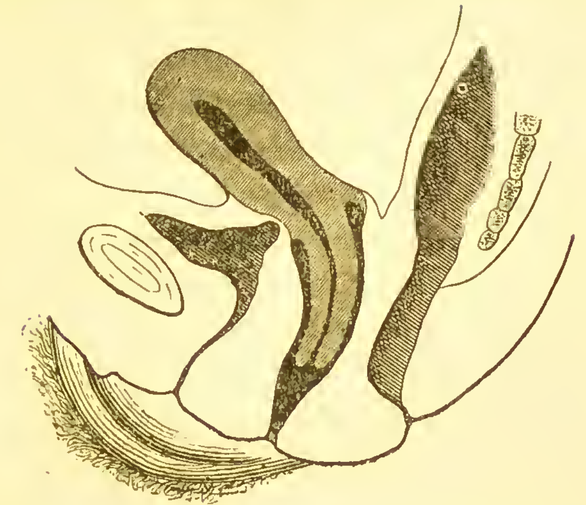


Fig. 23. — Hypertrophie intra-vaginale du col.

culs-de-sac vaginaux du fait de cet allongement

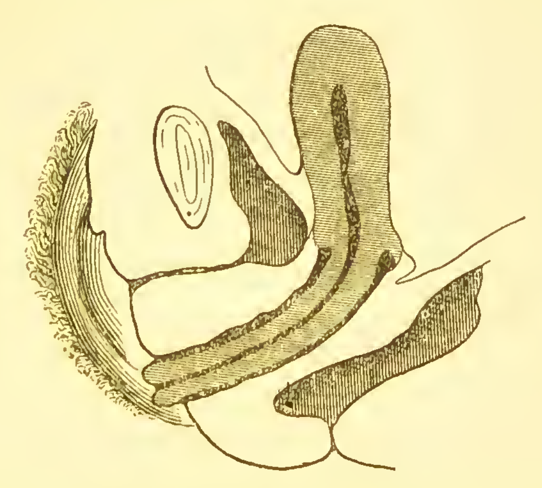


Fig. 24. — Hypertrophie extra-vaginale du col.

semblent beaucoup plus profonds, bien que en réalité le vagin n'ait subi aucune modification de forme, de longueur, ni de situation.

L'allongement hypertrophique du col est parfois tel que l'organe vient faire saillie à la vulve ainsi que l'indique la *figure* 24.

A la simple inspection des organes génitaux on pourrait, en pareil cas, croire à un prolapsus de l'utérus, mais le toucher, permettant de suivre le vagin dans toute son étendue normale, lève bientôt les doutes et montre qu'il s'agit de l'hypertrophie de la portion intra-vaginale du col.

4° *Tumeurs.* — Les deux variétés de tumeurs qui siègent le plus volontiers au col utérin et qui viennent en altérer la forme sont le *fibrôme* et le *cancer*.

Le *cancer* présente au niveau du col deux formes principales : tantôt *ulcéreux*, rongeant petit à petit le tissu cervical qui disparaît ainsi progressivement ; tantôt *végétant*, sorte de chou-fleur qui remplit plus ou moins le fond du vagin et que rencontre le doigt alors qu'il pratique le toucher.

Le *fibrôme* est susceptible de déformer le col de deux façons :

Tantôt c'est une tumeur pédiculée qui descend de la cavité cervicale ou de la cavité corporéale et

qui vient faire saillie à l'orifice externe : le doigt a la sensation d'une tumeur dure, arrondie venant faire saillie à l'orifice utérine et parfois descendant jusque dans le vagin.

Tantôt la tumeur fibreuse est implantée dans

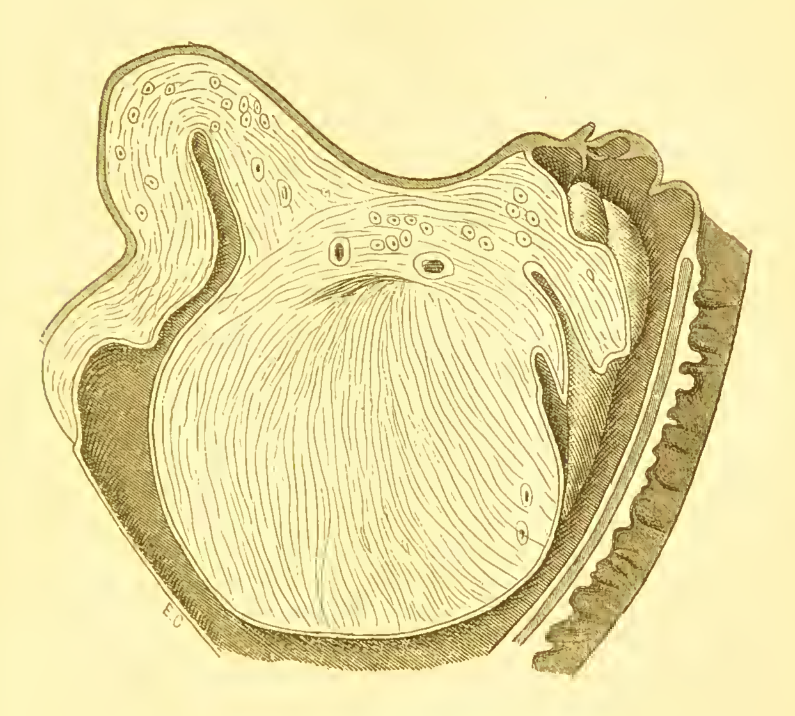


Fig. 25. — Fibrôme de la lèvre postérieure du col utérin (A.-P. Cooper).

le tissu même du col (*fig.* 25) et comprise dans l'épaisseur d'une des lèvres avec lesquelles elle se confond. Le doigt rencontre, en pareil cas,

une tumeur plus ou moins volumineuse qui occupe le fond du vagin, tumeur lisse, unie, sessile, à côté de laquelle se trouve l'orifice utérin qui la sépare de l'autre lèvre du col.

En outre des déformations dont il vient d'être question et qui sont dues à des cicatrices, suites de traumatismes, à des inflammations, à des processus soit hyperplasiques comme dans la simple hypertrophie, soit néoplasiques comme dans le fibrôme et les cancers, il en est d'autres dans lesquelles le col utérin prend certaines formes qui l'ont fait désigner sous les noms de col effilé, de col conoïde, ou de col tapiroïde ; ces déformations ont été déjà étudiées au chapitre relatif à la stérilité dont elles peuvent être la cause ; il nous suffira de les rappeler ici sans les étudier à nouveau.

23. Toucher intra-utérin. — Le toucher intra-utérin, c'est-à-dire celui dans lequel on franchit l'orifice externe du col de l'utérus, peut être pratiquée :

pendant la puerpéralité
en dehors de la puerpéralité.

1° *Puerpéralité.* — Pendant la puerpéralité le toucher digital donne des indications sur

la présentation du fœtus et sur sa position.

Lorsque l'on pratique le toucher intra-utérin, le doigt arrive dans la cavité utérine après avoir traversé le col qui se présente entr'ouvert pendant la grossesse et ouvert au moment du travail.

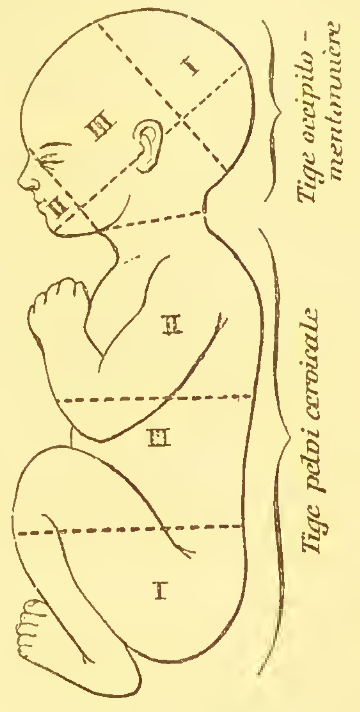


Fig. 26. — Schema des présentations.

La surface du corps du fœtus a été divisée en deux segments qui eux-mêmes ont été divisés chacun en trois parties auxquelles correspondent les diverses présentations que reproduit la *fig.* 26.

Présentations (1) :

a. De l'ovoïde céphalique :

Sommet. . .	I.
Face. . . .	II.
Front . . .	III.

---

(1) Voir Auvard. — *Travaux d'obstétrique*, tome III, page 95.

b. De l'ovoïde cormique :

Siège . . .	I.
Thorax . . .	II.
Tronc . . .	III.

Positions :

En prenant pour exemple la présentation du sommet, j'ai montré dans la *fig.* ci-contre les diverses positions que l'on peut observer dans cette variété de présentations.

Dans certains cas, le toucher digital ne suffit pas pour arriver à une exploration complète et toute la main doit être introduite dans la cavité de l'utérus, c'est là le *toucher manuel.*

Ce mode d'exploration peut, dans certaines circonstances, être d'un grand secours pour le diagnostic :

Soit, dans la puerpéralité, pour renseigner sur le mode de présentation méconnaissable au simple toucher digital, ou pour révéler une malformation fœtale ou utérine ;

Soit, dans l'état de vacuité, pour déterminer la présence d'une humeur intra-utérine.

2° *Vacuité.* — En dehors de la puerpéralité, le toucher intra-utérin est également très important ; il sert principalement au diagnostic des tumeurs intra-utérines. Ce mode d'exploration nécessite ordinairement la dilatation préalable du

col, après quoi, en baissant l'utérus à la vulve, on peut faire pénétrer le doigt jusque dans sa cavité.

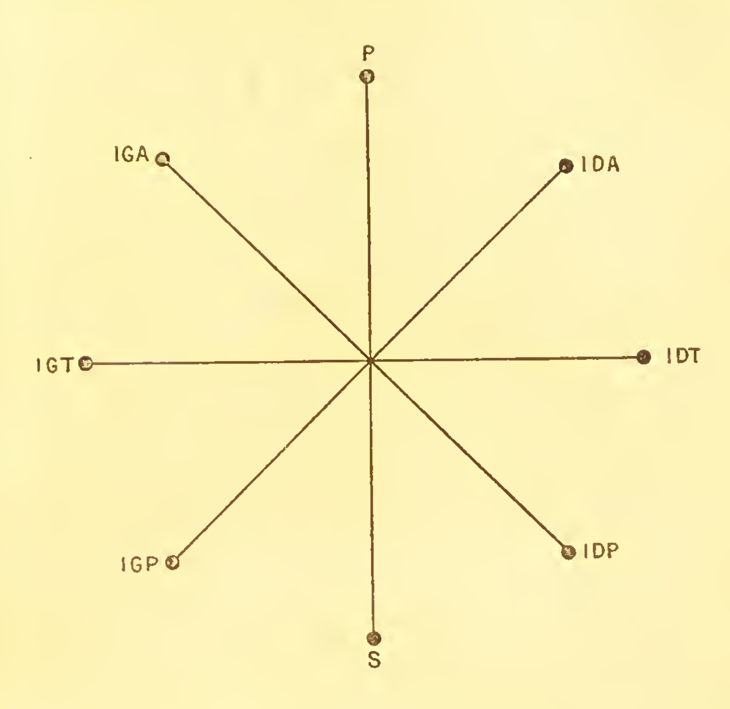


Fig. 27. — *Rose des positions* : occiput = : O.

OP. occipito pubienne.
OLGA. occipito iliaque gauche antérieure.
OLGP. occipito iliaque gauche transversale.
OLGP occipito iliaque gauche postérieure.
OS. occipito sacrée.
OIDP. occipito iliaque droite postérieure.
OLDP. occipito iliaque droite transversale.
OIDA. occipito iliaque droite antérieure.

Ainsi introduit, le doigt pourra reconnaître la présence d'une tumeur, susceptible le plus souvent d'être chirurgicalement enlevée.

24. Tumeurs pelviennes perçues au toucher. — Le doigt, en pénétrant dans les organes génitaux, peut trouver une tumeur.

Cette tumeur peut être perçue et localisée en différents points qui sont :

Le long des parois vaginales ;
Tumeurs paravaginales,

Au niveau même de l'utérus ;
Tumeurs utérines,

Dans un des culs de sac vaginaux ;
Tumeurs des culs de sac.

A. **Tumeurs paravaginales.** — Les tumeurs qui existent dans la paroi même du vagin sont le plus ordinairement des kystes.

Celles qui se développent en dehors de la paroi vaginale appartiennent :

en avant, à la vessie ou à l'urètre ;
en arrière, au rectum ;
latéralement, au tissu cellulaire pelvien ;
ces tumeurs, sauf celles de la vessie que nous retrouverons à propos du cul-de-sac vaginal antérieur, sont rares.

Je mentionnerai, comme particulièrement intéressante, la hernie intestinale qui peut se faire entre le vagin et le rectum, l'intestin refoulant

le cul-de-sac de Douglas, et celle aussi qui peut se produire sur les parois latérales du vagin et aboutir jusque dans la grande lèvre correspondante. (Hernia vagino-labialis).

B. **Tumeurs utérines.** — La tumeur est quelquefois cervicale, le plus souvent corporéale.

1° *Cervicales.* — Fibrôme, cancer, hypertrophie simple résultant d'une vieille inflammation chronique ; cette hypertrophie se traduit tantôt par de l'allongement du col, tantôt par l'augmentation de ses dimensions transversales : gros col qui remplit complètement l'espace situé entre les valves du spéculum largement écartées.

2° *Corporéales.* — Grossesse, fibrôme, cancer, exceptionnellement môle hydatiforme, hydrométrie, physométrie, hématométrie, kystes hydatiques.

C. **Tumeurs des culs-de-sac.** — Nous les examinerons successivement dans les culs-de-sac : antérieur, postérieur, latéraux.

1. Cul-de-sac antérieur. — *Antédéviation utérine.* — Reconnaissable à la forme même de la tumeur, à sa mobilité habituelle, à l'impossibilité de trouver le corps utérin à sa place normale, au besoin à l'hystérométrie.

Tumeurs inflammatoires. — Constituées soit par de la pelvi-péritonite, soit par de la pelvi-cellulite, se propageant le plus souvent vers la cavité de Retzius qu'elle envahit. Fièvre, mauvais état général, empâtement inflammatoire local, fluctuation s'il y a suppuration.

Tumeurs vésicales.—Cancer ou fongus vésical, calcul vésical, cystite ancienne avec péricystite, ayant amené un épaississement considérable des parois vésicales, qui en impose pour une tumeur. Les antécédents, les symptômes vésicaux, l'état de l'urine, l'exploration directe de la vessie permettront d'arriver au diagnostic.

Fibrôme. — Un fibrôme pédiculé appendu à la face antérieure de l'utérus est facilement senti à travers le cul-de-sac antérieur du vagin. La tumeur est arrondie, mobile, non douloureuse et nettement dépendante de l'utérus, dont on peut percevoir le corps à une palpation attentive.

2. Cul-de-sac postérieur. – Il ne faut pas prendre pour une tumeur l'accumulation de matières fécales dans le rectum ; les matières se reconnaissent à leur inégalité, à leur dépressibilité sous le doigt, à leur indolence à la pression ; en cas de doute pratiquer le toucher rectal, ou faire administrer un lavement évacuateur.

Rétrodéviation utérine. — Tumeur occupant

le cul-de-sac postérieur, rappelant, par sa forme, le corps de l'utérus, tantôt mobile, tantôt immobile ; volume tantôt normal, tantôt augmenté s'il y a inflammation, congestion, grossesse, tumeur ; impossibilité de trouver le corps de l'utérus en dehors de la tumeur en question ; au besoin hystérométrie indiquant la direction de la cavité utérine.

Tumeur inflammatoire. — Constituée par une pelvi-péritonite ; cul-de-sac postérieur empâté et douloureux, fluctuant si la suppuration s'est développée ; fièvre, vomissements, état général en rapport avec l'intensité du processus local.

Hématocéle intra-péritonéale. — Tumeur volumineuse, d'abord molle et fluctuante, puis s'indurant progressivement à moins qu'elle ne se complique de suppuration ; utérus repoussé fortement en avant, derrière la symphyse pubienne ; tumeur immobile, donnant la sensation de plâtre coulé dans le petit bassin et immobilisant elle-même les organes pulviens ; début brusque au moment des règles, avec tendance à la syncope, suppression immédiate de l'écoulement menstruel. Cette hématocèle intra-péritonéale est moins fréquente que la sous-péritonéo-pelvienne qui occupe un des ligaments larges en poussant fréquemment un prolongement dans le tissu cellu-

laire rétro-vaginal, de telle sorte qu'elle forme ainsi une tumeur accessible dans le cul-de-sac postérieur, mais cette tumeur postérieure n'est qu'un simple prolongement de la latérale.

Fibrôme. — Un fibrôme appendu à la face postérieure de l'utérus, peut habiter le cul-de-sac de Douglas, et être en conséquence senti à son niveau : tumeur dure, égale, non ou peu douloureuse.

3. **Culs-de-sac latéraux.** — *Latérodéviation utérine.* Mêmes caractères, (sauf la direction de la déviation), que pour les déviations antérieures ou postérieures.

Fibrôme. — Caractères analogues à ceux indiqués par les fibrômes antérieurs ou postérieurs de l'utérus, avec cette différence, toutefois que le fibrôme développé dans l'épaisseur du ligament large est très restreint dans sa mobilité.

Tumeurs inflammatoires. — Salpingo-ovarite, phlegmon du sommet ou de la base du ligament large ; tumeur douloureuse, partant mince de la corne de l'utérus, pour tomber en forme de virgule retournée sur les parties latérales de l'utérus quand il s'agit d'une salpingo-ovarite ; tumeur allongée transversalement profondément accessible dans le cul-de-sac latéral, douloureuse, ordinairement mobile à moins d'adhérences,

adhérente au corps de l'utérus qu'on peut sentir par le toucher combiné au palper, tels sont les signes qui indiquent un phlegmon du sommet du ligament large ; au contraire tumeur facilement accessible, effaçant le cul-de-sac latéral qu'elle déprime, joignant l'utérus à la paroi pelvienne, quand il s'agit d'un phlegmon de la base du ligament large. Fièvre accompagnant le phlegmon, état général en proportion de la gravitó de l'état local.

Tumeurs ovariennes. — Ovaire scléro-kystique ou purulent ; kyste multiloculaire au début. L'ovaire pathologique est tombé dans le cul-de-sac deDouglas, où le doigt peut sentir la tumeur nettement limitée qu'il forme à ce niveau. Cette tumeur ressemblera surtout à un fibrôme rétro-utérin, mais en diffèrera par les inégalités et la sensibilité de la tumeur. Les tumeurs do la trompe (hydrosalpinx, pyosalpinx) n'envahissent le cul-de-sac de Douglas qu'en compagnie de l'ovaire, leurs signes se confondent avec ceux des tumeurs de cet organe.

Tumeurs rectales. — La seule tumeur rectale qu'on puisse sentir dans le cul-de-sac postérieur du vagin est le cancer ; l'inégalité de la tumeur, les symptômes rectaux, et enfin le toucher rectal conduiront au diagnostic.

Hématocèle sous-péritonéale. — Tumeur molle d'abord, dure ensuite, arrivant au bout de quelque temps, à moins de suppuration, à avoir une consistance ligneuse. La tumeur occupe le ligament large et la plupart contournent postérieurement le vagin pour envahir partiellement le ligament large du côté opposé. L'utérus sera dévié dans le sens opposé de la tumeur ; début brusque, avec tendance à la syncope ; fièvre modérée à moins de complication et de suppuration.

Grossesse extra-utérine. — La grossesse extra-utérine qui est primitivement tubaire, commence le plus souvent par être perceptible dans le cul-de-sac latéral, puis par son développement ultérieur, elle peut ou rester limitée à ce cul-de-sac latéral, ou envahir le postérieur.

Au début, les symptômes locaux sont analogues à ceux d'un kyste de l'ovaire, mais il existe en outre les phénomènes sympathiques de la grossesse, les hémorrhagie sutérines qui doivent fixer l'attention, et enfin la sensibilité locale plus intense que dans un kyste de l'ovaire.

Quand apparaissent les signes de certitude de la grossesse, la confusion ne saurait plus être faite, et la difficulté à ce moment est plutôt de savoir reconnaître si la grossesse est intra ou extra-utérine ; l'examen local attentif, et au besoin le tou-

cher ou le cathétérisme intra-utérin renseigneront sur ce point.

Tumeurs volumineuses. — Toute tumeur volumineuse, c'est-à-dire plus grosse qu'une tête d'adulte, qu'elle ait son origine dans les organes pelviens ou dans l'abdomen peut, à une période quelconque de son développement, venir faire saillie dans un des culs-de-sac vaginaux ; le toucher constituera en pareil cas un des éléments du diagnostic qui devra surtout être fait par l'exploration abdominale.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES EXTRA-GÉNITAUX

CHAPITRE II

TROUBLES GÉNITAUX

I. Interrogatoire.

Troubles douloureux.

Troubles fonctionnels.



ST-AMAND (CHER). IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES



